

短期入所申し込みに必要な書類

申し込みをされる際、次の書類をご提出下さい。

なお、申し込み内容に不備がある場合は再度の提出をお願いさせていただきます。

1. 介護老人保健施設短期入所療養介護利用申込書（さくらの杜書式）

※担当ケアマネージャーが記入して下さい。

2. ①診療情報提供書（さくらの杜書式）

②主治医の意見書・最新の服薬情報

①②のどちらか医療情報として必要となります。

3. 初回短期入所アセスメント表 2枚（さくらの杜書式）

※担当ケアマネージャーが記入してください。

4. 介護保険被保険者証のコピー

5. 介護保険負担割合証のコピー

6. 介護保険負担限度額認定証（所持されている方）のコピー

※ご不明の点は、お気軽にお問い合わせ下さい。

〒115-0053 北区赤羽台4丁目17番56号

電 話 03-5963-4187

FAX 03-3907-2121

担当者 佐々木 稔

介護老人保健施設短期入所療養介護利用申込書

平成 年 月 日

東京北医療センター介護老人保健施設
さくらの杜 様

利用申込者 氏 名

利用者 氏 名

東京北医療センター介護老人保健施設「さくらの杜」のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ _____		男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和 歳
	住所	〒 _____			
緊急連絡先①	氏名	フリガナ _____ 続柄 ()		電話	(自宅) (携帯)
	住所	〒 _____			
緊急連絡先②	氏名	フリガナ _____ 続柄 ()		電話	(自宅) (携帯)
	住所	〒 _____			
関係機関等	送迎希望 (有 ・ 無)			かかりつけの医療機関	(医療機関名)
	送迎時、訪問介護利用 (有 ・ 無)				(担当医) TEL
	要介護 (支援) 認定			ケアマネジャー	(事業所)
	介護保険負担割合		割		(担当者) TEL
介護保険負担限度額認証		段階	FAX		
希望理由 (利用者・家族)					
希望頻度	月 _____ 回 (1回 泊 日ぐらい)			備考 (希望曜日など)	

平成 年 月 日

診療情報提供書(ショートステイ用)

医療機関(科名)

介護老人保健施設

様

所在地

担当医

TEL

印

患者氏名	様(男・女)	明・大・昭	年	月	日生(	歳)
住所		電話	-		-	

診断名・既往歴	処方
感染症 有() 無	

* 処方箋は最新の処方箋等のコピーの添付でも結構です。
* 情報として必要と思われる検査結果(採血・心電図・レントゲン等)がありましたら、コピーの添付をお願い致します。

その他、留意事項	問題行動	(有 ・ 無)	食事制限	(有 ・ 無)

介護老人保健施設 さくらの杜

初回短期入所アセスメント表

利用者名

～日常生活の様子についてご記入ください～(該当番号に○をつけて下さい)

1. 食事について

主食は	① 米飯 ② おかゆ ③ ミキサー食 ④ 流動食
おかず	① 普通食 ② きざみ食 ③ ミキサー食 ④ 流動食
カロリーなど食事の制限はありますか	① ある ② ない
食べられないもの、禁食となっているものはありますか	① ある ② ない
食欲はありますか	① ある ② ムラがある ③ ない
食事は一人で食べられますか	① 食べられる ② 声掛け促しが必要 ③ 多少の介助が必要 ④ 全てに介助が必要
飲み込みはどうか	① よい ② ときどき詰まらせる ③ よく詰まらせる
最近ムセることはありますか	① ある ② ない
トロミを使用していますか	① 使用している ② 使用していない
食べるときは	① 自分の歯 ② 義歯 ③ 使用していない
食後、口の中をきれいにすることができますか	① できる ② 準備のみ介助が必要 ③ 全てに介助が必要 ④ 義歯を洗うなど介助が必要 ⑤ おこなっていない

2. ベッド上の動作について

起き上がり	① 自分でできる ② ベッド柵、ひもにつかまりできる ③ 介助があればできる ④ できない
座っていること	① 自分でできる ② ベッド柵、ひもにつかまりできる ③ 介助があればできる ④ 背もたれがあってもできない
立ち上がり	① 自分でできる ② ベッド柵、ひもにつかまりできる ③ 介助があればできる ④ できない
寝返り	① 自分でできる ② ベッド柵、ひもにつかまりできる ③ 介助があればできる ④ できない

3. 麻痺について

麻痺は	① 上肢 (右 左) ② 下肢 (右 左)
拘縮は	左側 (無し 肩 肘 膝 足 手) 右側 (無し 肩 肘 膝 足 手)

4. 移動方法について

移動は	① 一人で歩くことができる ② 杖やシルバーカーなどで歩ける ③ 手すりなどにつかまりできる ④ 介助者が手を貸して歩ける ⑤ 車椅子を使用する
-----	--

5. 排泄について

日中排泄は	① 一人でトイレに行くことができる ② 一人で尿器・ポータブルが使用できる ③ 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる ④ オムツ
夜間排泄は	① 一人でトイレに行くことができる ② 一人で尿器・ポータブルが使用できる ③ 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる ④ オムツ
尿・便意はありますか	① ある ② ときどき ③ ない
尿・便失禁はありますか	① ある ② ときどき ③ ない
排尿回数は	日中) 夜間)
オムツの種類は何ですか	日中) ① テープ式 ② 尿とりパット ③ リハビリパンツ 夜間) ① テープ式 ② 尿とりパット ③ リハビリパンツ

6. 服の脱ぎ着について

服の脱ぎ着は	① 自分でできる	② 多少の介助が必要	③ すべて介助が必要
--------	----------	------------	------------

7. 入浴について

入浴について	① 自分で洗うことができる	② 多少の介助が必要	③ すべて介助が必要
入浴形態	① 一般浴	② 機械浴	

8. 視力について

視力は	① 生活に支障はない	② 見えにくい
	③ 眼鏡を使用すれば見える	④ 全く見えない

9. 聴力について

耳はきこえますか	① 生活に支障はない	② 大きな声なら聞こえる
	③ 補聴器を使用すれば聞こえる	④ ほとんど聞こえない

10. 夜間について

夜間は	① よく眠っている	② 時々起きる	③ 昼夜逆転
眠剤は使用していますか	① 毎日	② 必要時	③ 使用しない

11. 体調について

現在行っている処置は	① ない	② ある
アレルギーはありますか	① ない	② ある

12. 周辺症状について

① せん妄	② 被害妄想	③ 幻聴・幻覚	④ 徘徊	⑤ 暴力行為	⑥ 過食・異食
⑦ 不潔行為	⑧ 夜間徘徊	⑨ 自傷行為	⑩ 不穏状態	⑪ 意欲低下	⑫ 大声
⑬ 老人性そう・うつ病	⑭ 帰宅願望	⑮ 介護抵抗			

日常生活情報

生活状況(日課)	1日の日課について(起床・食事・排泄・日中の過ごし方・就寝)				
	0時	朝6時	昼12時	夜6時	24時
	喫煙歴	有・無	飲酒歴	飲む 飲まない	回/週・月
性格・職業					
趣味・楽しみ					

ADL状態	☐ 正常	☐ J1	☐ J2	☐ A1	☐ A2	☐ B1	☐ B2	☐ C1	☐ C2
認知状態	☐ 正常	☐ I	☐ IIa	☐ IIb	☐ IIIa	☐ IIIb	☐ IV	☐ M	

ご記入有難うございました。