

ショートステイ 利用予約票

様式23-5

(単独型 短期入所生活介護・予防介護)

●予約日：下記の日程でショートステイを希望します。平成 年 月 日()

予約内容	利用希望①	平成 年 月 日() ~ 月 日()	
	利用希望②	平成 年 月 日() ~ 月 日()	
	希望居室タイプ	(Ⅰ)個室 ・ (Ⅱ)多床室 ・ どちらでも可	
	送 迎	●希望しない・希望する ●家族付き添い 有・無	●送迎場所：迎え → 自宅 病院 施設 その他 送り → 自宅 病院 施設 その他

※送迎時間は、原則①入所時：10:00~11:30着 ②退所時は：14:00~15:30着 の予定となります。

利用者情報	ふりがな			性別	生年月日		
	氏 名	様		男・女	明 大 昭		
	住 所	〒					
	連 絡 先	電話番号：		携帯番号：			
		FAX番号：		緊急時連絡先			
	家族状況	(1)独居 (2)夫婦2人暮らし (3)家族と同居 (4)その他					
	介護認定	介護度			有効期限	~	
	●認知症 なし・あり (軽度 中度 重度) ●歩行可 車いす使用						
	●徘徊有 帰宅願望有 不穏行動有 介護拒否有 ●希望対応(個人リハ インスリン注射 在宅酸素)						
家族情報	家族主介護者 (キーパーソン名)	ふりがな					
		氏 名		続 柄			
	住 所	〒					
	連 絡 先	電話番号		携帯番号：			

※FAX予約の場合、個人情報保護のため、一部 XXXXXXXXXX で隠して FAXしてください。

ご予約者様	居宅介護支援 事業所名					
		指定事業所番号：				
	連 絡 先	電話番号：		FAX番号：		
	ご担当ケアマネ様	緊急時連絡先：				
	※連絡事項：					

申込先	事業者名	ほっと三芳ケアセンター				
		指定事業所番号		No.1172400853		担当：
	住 所	〒354-0044 埼玉県入間郡三芳町北永井 375-6				
	連 絡 先	電話番号： 049-257-3636		FAX番号： 049-274-7335		

★この予約票が提出されますと「予約の本押さえ」とさせていただきます。

★ADL情報提供書と診療情報提供書を、送信又はご郵送頂きますと「実態調査」、「契約」へと進みます。

★調査後に利用の可否を決定いたしますので、ご理解のうえ、ご協力をお願い申し上げます。

①入力表(/) ②意見書、アセスメント表(/)

③居室No. ④実態調査表(/) ⑤食事箋(/)

管理者	S W	受 付

ショートステイ&デイサービス情報提供書

(単独型短期入所生活介護&通所介護)

No.1

作成日:平成 年 月 日()

利用者	ふりがな			性別	血液型
	氏名			男・女	A B O AB
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 歳	身長	cm 体重 kg
介護保険	介護認定	介護度	●要支援 1 2	●要介護度	1 2 3 4 5 ※該当に○
	有効期間	申請中・再申請中 年 月 日 ~ 年 月 日			
	被保険者番号				

家族介護	現 状 況	(1)家族と同居 (2)独居 (3)近隣に家族在住	
	キーパーソン 家族主介護者	ふりがな	続 柄
	住 所 (同居は、同上で可)	〒	
	連 絡 先	電話番号: FAX番号:	携帯番号: 緊急時連絡先:

緊急連絡先 上記不在時	ふりがな	① 連 絡 先		家族構成(キーパーソン)
	氏名	電話番号:		
	住所	FAX番号:		
	続柄	携帯番号:		
	ふりがな	② 連 絡 先		
	氏名	電話番号:		
	住所	FAX番号:		
	続柄	携帯番号:		

医療機関	●かかりつけ病院 担当医師名 病院・医院・クリニック 先生	連絡先	電話番号: FAX番号:
	住 所	●常用薬	
	●既往歴・発症年月日	●現病歴・発症年月日	

ご担当者様	居宅介護支援 事業所名	指定事業所番号	
	連 絡 先	電話番号:	FAX番号:
	ご担当ケアマネ様	緊急時連絡先:	
	※連絡事項:		

※FAX送信の場合、個人情報保護のため、一部 [] で隠して FAXしてください。

		A D L 状 況		※該当に○	留意点など
日 常 生 活 動 作	食 事 ※特記事項	自立 一部介助 全介助	はし スプーン		主食： 副食： □トロミ必要
	排 泄 ※特記事項	自立 一部介助 全介助	失禁 有 無		昼間対応 夜間対応
	更 衣 ※特記事項	自立 一部介助 全介助	麻痺(右半身 左半身 全身 上肢 下肢)		□見守り □声掛け
	移 動 ※特記事項	独歩 杖歩行 歩行器 車いす	転倒歴 有 無		□歩行を促す
	入 浴 ※特記事項	自立 一部介助 全介助	拒否有 不潔行為有		□一般浴 □特 浴
	整 容 ※特記事項	自立 一部介助 全介助	めがね有 補聴器有 入歯有(上 下)		・入所中の洗濯 (施設 持帰る)
			そ の 他 の 状 況		※該当に○
そ の 他	意思疎通 ※特記事項	普通 やりとり援助必要 やりとり不可	言語障害有 視覚障害有 聴力障害有 難聴有 発語少ない 弱視 暴言有		□リハへの参加促す □レクへの参加促す □イベントへの参加促す
	感 染 症 ※特記事項	有 無 未確認	M 結核 HB 疥癬 W氏 他		□完治 □治療中
	認 知 症 ※特記事項	無 軽度 中度 重度	徘徊有 帰宅願望有 暴言有 暴力有	□集団活動 可 ・ 不可	・その他の問題行動
			皮膚疾患有 下肢むくみ有 床ずれ有 体交必要 タバコ吸う 被害的妄想有		※該当に○
●現在ご利用されている介護サービス		※該当に○		現在の生活リズム	
→ 訪へ・訪り・訪看・訪医・訪入浴・デイス・デイC・SS・用具貸与				○日中の主行動：	
●ご利用の目的、希望、ニーズ等					
●生活歴				○夜間睡眠:(布団・ベッド)にて(良眠・不眠)	
●上記の情報を、居宅介護サービス事業所へ提供することに同意致します。					
利用者氏名		Ⓜ		代理人氏名	
申 込 先	事業所名	ほっと三芳ケアセンター		ショート担当：	
	住 所	〒354-0044 埼玉県入間郡三芳町北永井 375-6		デイ担当：	
	連 絡 先	電話番号	049-257-3636	FAX番号	049-274-7335

★ADL情報提供書と診療情報提供書を、送信又はご郵送頂きますと「実態調査」、「契約」へと進みます。
 ★調査後に利用の可否を決定いたしますので、ご理解のうえ、ご協力をお願い申し上げます。

診療情報提供書(診断書)

ふりがな		性別	血液型
氏名	様	男・女	A B O AB
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	歳	
住所	〒	介護度	●要支援(介護予防) 1 2
			●要介護 1 2 3 4 5
連絡先	電話番号:	FAX番号:	
既往歴 ※お手数ですが 発症年月日も ご記入ください			
現病名 ※お手数ですが 発症年月日も ご記入ください			
介護上必要な 医学的所見			
処方薬内容 分量			
		検査日付	備考欄
感染症の有無 ※直近の検査 によるもの	1、結核(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
	2、疥癬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
	3、B型肝炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
	4、C型肝炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
	5、肺炎・W氏等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
	6、MRSA <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	
※胸部レントゲン撮影が困難な場合は、聴診及び、その他の所見についてコメントをお願いいたします。			
介護施設利用 にあたっての 注意事項	食 事	<input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> カロリー制限	
	水 分	<input type="checkbox"/> トロミ付け必要 <input type="checkbox"/> 糖分制限	
	アレルギー	禁止食:	
	集団入浴	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
	集団体操	<input type="checkbox"/> 参加可能 <input type="checkbox"/> 参加不可	
平成 年 月 日	医療機関名:		
	所在地:		
	電 話:		
	ご担当医師名:		
事業者名	ほっと三芳ケアセンター	ショートステイ担当:	
	指定事業所番号 No.1172400853	デイサービス担当:	
住所	〒354-0044 埼玉県入間郡三芳町北永井 375-6		
連絡先	電話番号 049-257-3636	FAX番号 049-274-7335	

※検査料や文書料がかかる場合は、ご本人様負担となりますのでご了承ください。

2011.5.1

ショートステイ利用時の持参品に関するお願い

入所時に持参するお荷物は、職員が内容を確認させていただき、「持参品チェックリスト」に記録して紛失や混入等が発生しないよう注意しておりますが、お名前の記入が無い場合・数量や種類が多い場合は、トラブル(紛失等)の原因となる可能性が非常に高くなります。

当施設では洗濯可能な衣類については、入浴時や汚れた場合に洗濯をしておりますので、余程の事が無い限り、下記の数量で間に合います。(宿泊日数に限らず、2～3泊程度の感覚で……)

下表の □欄 はチェック用にお使いください。

●入所生活用品 ☆全ての持参品に、お名前の記載をお願いいたします。

- 下着類 各々2～3組程度
- 寝巻類 2組程度
- 普段着 入所時に着用している洋服の他1～2組程度
- 洗面用具 歯ブラシセット コップ(割れにくい物) 入歯用ケース 入歯洗浄剤
髭剃り 電気シェーバー、T字髭剃り(使い捨てのみ)
※タオル類は施設で用意しておりますのでご持参の必要はありません。
- 内履き ※スリッパやサンダルはつまづきの原因となりますのでご遠慮ください。
- 整容備品 眼鏡(無・有) 眼鏡ケース 補聴器(無・有)
補聴器ケース ヘアーブラシ
- その他 車椅子・歩行器類 食事用エプロン 杖(1点、4点)
洗濯物入れ袋

- 薬類 内服薬 外用薬(湿布類) 点眼薬 お薬明細(又は説明書)
※与薬管理上の安全性が向上しますので、是非一包化にご協力ください。

●事務的書類

- 介護保険証コピー 健康保健証(後期高齢者医療被保険者証)原本
- 介護保険負担限度額認定証(お持ちの方) 在宅時の生活状況連絡票

○×□▽ 様
朝食後

※ 上記以外の物、特に飲食物・火気類・刃物類・電気あんか・ホカロン等や破損物(ガラス等)・貴重品の持込は原則禁止とさせていただきます。

※ 『たばこ』はお預りし喫煙希望の都度、施設内の喫煙室でお吸いいただきます。

※ 現金は必要ありません。もし必要な場合はこちらでお立替いたします。

※ ご不明な点は当施設相談員にご確認ください。(TEL : 049-257-3636)

ショートステイ 利用予約票(リピーター様 専用予約票)

様式23-5

(単独型 短期入所生活介護・予防介護)

※ この予約票はリピーター様専用です。電話のみのご予約は手違いが多いため
継続的なご利用の方のみご使用ください。

●予約日：下記の日程でショートステイを希望します。 平成 年 月 日()		
予約内容	利用希望①	平成 年 月 日() ~ 月 日()
	利用希望②	平成 年 月 日() ~ 月 日()
	希望居室タイプ	(Ⅰ)個室 ・ (Ⅱ)多床室 ・ どちらでも可
	送 迎	●希望しない・希望する ●送迎場所：迎え → 自宅 病院 施設 その他 ●家族付き添い 有・無 送り → 自宅 病院 施設 その他

※送迎時間は、原則①入所時:10:00~11:30着 ②退所時は:14:00~15:30着 の予定となります。

利用者情報	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	様	男・女	明大昭
	住所	〒		
	連絡先	電話番号:	携帯番号:	
		FAX番号:	緊急時連絡先	
家族状況	(1)独居 (2)夫婦2人暮らし (3)家族と同居 (4)その他			

※FAX予約の場合、個人情報保護のため、一部 [] で隠して FAXしてください。

ご利用者様	居宅介護支援 事業所名	指定事業所番号:	
	連絡先	電話番号:	FAX番号:
	ご担当ケアマネ様	緊急時連絡先	
	※連絡事項:		

申込先	事業者名	ほっと三芳ケアセンター	
	住所	指定事業所番号 No.1172400853	担当:
	連絡先	〒354-0044 埼玉県入間郡三芳町北永井 375-6	電話番号: 049-257-3636 FAX番号: 049-274-7335

★この予約票が提出されますと「予約の本押さえ」とさせていただきます。

①入力表(/)	②意見書、アセスメント表(/)	管理者	S W	受付
③居室No.	④実態調査表(/)			
	⑤食事箋(/)			

★当施設より 今回の予定についての回答です！

●平成 年 月 日()

いつも、ご利用ありがとうございます。

上記、ご利用希望()の日程は、個室・多床室にて
おとりしました・キャンセル待ちとなります。

ほっと三芳ケアセンター ショート・デイ 担当: