

指定短期入所生活介護重要事項説明書

様

社会福祉法人 櫻灯会
特別養護老人ホーム
おぎくぼ紫苑

指定短期入所生活介護事業所重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

1. 特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑の概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑
所在地	東京都杉並区荻窪三丁目7番30号
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 東京都第1371509397号

(2) 同施設の職員体制

管理・事務職員	管理者	1名	介護・看護職員	看護職員	3名以上
	医師	1名以上		介護職員	31名以上
	生活相談員	1名以上		ユニットリーダー研修修了者	2名以上
	管理栄養士 (栄養士)	1名以上		調理員	適当数
	機能訓練指導員	1名以上			
	介護支援専門員	1名以上			
	事務職員	適当数			

(3) 同施設の設備の概要

定 員		100名(10名)		
居 室	ユニット型個室	100室(10室)	医務室	2階1箇所
浴 室		3階機械浴	相談室	1階
		個別浴室(ユニット毎)		

()はショートステイ

2. 入居の居室について

(1) 入居される居室は、ユニット型個室となります。

(2) 入居後、ご契約者様からの居室変更の希望があった場合は、居室の空き状況等やその他の状況を勘案して、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。なお、その際には、ご契約者やご家族にご連絡のうえ決定するものとします。

3. 利用期間

別紙のとおり

4. 利用料

(1) 介護予防給付によるサービス

要介護度			1日あたりの自己負担額		
	利用日数	利用料金	3割負担	2割負担	1割負担
要支援1	1～30日	5,871円	1,762円	1,175円	588円
	31日以上	5,583円	1,675円	1,117円	559円
要支援2	1～30日	7,281円	2,185円	1,457円	729円
	31日以上	6,915円	2,075円	1,383円	692円

(2) 介護給付によるサービス

要介護度			1日あたりの自己負担額		
	利用日数	利用料金	3割負担	2割負担	1割負担
要介護1	1～60日	7,814円	2,345円	1,563円	782円
	61日以上	7,437円	2,232円	1,488円	744円
要介護2	1～60日	8,569円	2,571円	1,714円	857円
	61日以上	8,214円	2,465円	1,643円	822円
要介護3	1～60日	9,401円	2,821円	1,881円	941円
	61日以上	9,046円	2,714円	1,810円	905円
要介護4	1～60日	10,189円	3,057円	2,038円	1,019円
	61日以上	9,834円	2,951円	1,967円	984円
要介護5	1～60日	10,955円	3,287円	2,191円	1,096円
	61日以上	10,600円	3,180円	2,120円	1,060円

※ 上記のサービス費に次の項目が加算(体制加算)されます。

			1日あたりの自己負担額		
	利用料		3割負担	2割負担	1割負担
機能訓練体制加算	133円		40円	27円	14円
夜勤職員配置加算(Ⅳ)	222円		67円	45円	23円

※職員の配置状況により算定される加算が変更となる場合があります。

サービス提供体制強化加算が算定される場合、(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかが算定されます。

(3) その他介護給付サービス(個別加算)

			1日あたりの自己負担額		
	利用料		3割負担	2割負担	1割負担
療養食加算(1日に3回を限度に)	89円/回		27円/回	18円/回	9円/回
送迎加算(片道)	2,042円		613円	409円	205円
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所から7日を上限)	2,220円		666円	444円	222円
若年性認知症利用者受入加算	1,332円		400円	267円	134円
緊急短期入所受入加算(入所から7日を上限、 やむを得ない事情がある場合には14日を上限)	999円		300円	200円	100円

注1) 高速道路を利用した場合、高速代の実費をご負担いただきます。

事業所から、通常の実施地域(杉並区)を越える場合1km=300円ご負担いただきます。

注2) 若年性認知症利用者受入加算は、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定されません。

注3) 緊急短期入所受入加算は、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定されません。

(その他加算)

介護職員処遇改善加算

自己負担合計金額 × 14.0%

※ 介護職員の処遇改善について一定の基準に適合している場合、(1)から(3)までに算定した金額(自己負担合計金額)に、上記のそれぞれ加算の値を掛けた金額となります。

(4)介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスおよび介護保険の支給限度額や指定日数を超える利用については、利用料の全額がご契約者の負担となります。

① 居住費

居室区分(ユニット型個室)	1日あたりの居住費
(第四段階)	3,015 円/日
(第三段階)	1,370 円/日
(第二段階)	880 円/日
(第一段階)	880 円/日

② 食費

	1日あたりの食費
(第四段階)	1,950 円
(第三段階②)	1,300 円
(第三段階①)	1,000 円
(第二段階)	600 円
(第一段階)	300 円

※ 1食あたり：朝食 500 円、昼食 750 円、夕食 700 円

③ その他のサービスの概要と利用料

ア. 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいた特別な食事を提供します。

利用料：要した費用の実費

イ. その他の日常生活費

項 目	内 容	金 額
日用品	日用品物品の個別購入	購入分 実費
理美容	カットなど (第一、第三木曜日)	2,370 円～
クラブ	園芸療法 (毎週木曜日)	1 回 300 円
おやつ	嗜好品	1 日 200 円
クッキング	月 1 回実施 (第二月曜日)	1 回 100 円
ホーム喫茶	ケーキ・飲み物代など (第一、第三水曜日)	500 円程度

※お申込み頂き、ご利用された際に料金が発生いたします

(5)支払方法

短期入所生活介護をご利用された月の翌月に、請求書をご送付致しますのでお支払いください。お支払い方法は、口座振替となります。手数料は利用者負担となります。(口座振替の手続きが終了するまでの間は銀行振込によるご依頼をいたします。手数料は利用者負担となります。)

(6)キャンセル料

① 入所日の前日、午後5時までに連絡をいただいた場合… 無 料

② 入所日の前日、午後5時までに連絡がなかった場合… 一日の居住費及び食費

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

- ① ご担当ケアマネジャーを通してお申し込み下さい。居室に空きがあれば検討の上ご入所いただけます。又、満床の場合は予約受付いたします。契約の締結をもって入所となり、サービスの提供を開始します。
- ② 入所にあたり、本人及び他利用者の健康を保護するため、感染症などに対する予防措置にご協力いただきます。下記の証明書をお持ちであればご提出ください。
 - ア. ご利用予定日3ヶ月以内の胸部X線検査で異常がないことの証明書
 - イ. 他の感染症（梅毒、B型肝炎、C型肝炎、疥癬など）にかかっていないことの医師の証明
 - ウ. 重篤な精神疾患にかかっていないことの医師の証明
 - エ. 看護サマリー、診療情報提供書等

(2) 退所手続き

- ① 利用期間満了に伴う退所
- ② 契約書第八条に基づく退所
- ③ 契約書第九条に基づく退所

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

「心をこめてお世話させて頂く」という基本ポリシーに基づき、福祉の第一線に立つ者として職員一同一丸となり、入苑者の皆様に“安心して生活できる場”を共に創り上げてきました。

私たちが大切にし、目指し続ける目標は、職員全員の真心こもる“介護の心”です。

(2) 施設の体制等

事 項	有 無	備 考
緊急対応訓練の有無	有	
従業員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	契約書第四条第3項を除く
相談・苦情窓口	有	重要事項説明書第10項に記載
協力医療機関	有	名称：一般社団法人衛生文化協会城西病院 代表者：理事長 玉城 成雄 所在地：東京都杉並区上荻2丁目42番地11号 連絡先：03（3390）4166 診療科目：内科、糖尿病専門外来、整形外科、眼科、リウマチ科
		名称：医療法人社団いしん会 いしん会診療所 代表者：理事長 櫻井 裕 住所地：東京都世田谷区松原2-34-12-701 連絡先：03（5376）8661 診療科目：内科診療
		名称：医療法人社団 歯恵会 ひまわり歯科医院 代表者：理事長 歯科医師 渡辺 幹夫 住所地：東京都東村山市栄町2-9-32 晃正ﾌﾟﾗｻﾞ 401 連絡先：042（392）8241 診療科目：歯科診療

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・食事 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 17:30(最大2時間延長可)
- ・入浴 週2回
- ・面会 可(時間指定有)
- ・外出、外泊 可(同伴者要)
- ・飲酒、喫煙 可(別途相談)
- ・金銭、貴重品の管理 可(別途相談)
- ・所持品の持ち込み 可(制限有)
- ・施設外への受診 可(原則ご家族対応)
- ・信教の自由 可(布教活動は不可)
- ・ペット 不可

(4) 介護サービス利用にあたっての禁止行為

- ・職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
- ・職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ・職員に対するセクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

主治医	
病院・診療所名	
住所	
電話番号	
担当医師名	

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 有
- ・防災設備 有
- ・防災訓練 月1回
- ・防災責任者 高橋 秀夫

9. 管理体制に関する特記事項

- ①安全管理の都合上、共有スペース、居室内等に見守り用のカメラを設置する場合があります。
- ②衛生管理上、飲食物を持ち込む場合は職員に声をおかけください。
場合によって施設にて管理させていただきます。
- ③「入所契約書」第六条の危険物とは、刃物類・ロープ・餅等です。
- ④サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市区町村及びご利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付体制

当施設における苦情やご相談は、以下の担当者で受け付けています。

苦情解決責任者：施設長 高橋 秀夫 受付担当者：営業課 相談員 市川 俊幸
Tel 03(6915)1593 (代表) Fax 03(6915)1594

尚、苦情に関しては当施設における「苦情マニュアル」に沿い迅速に対応致します。

(2) その他行政機関

【杉並区介護保険課】

所在地 〒166-8570 東京都杉並区阿佐谷南1丁目15番地1号
Tel 03(3312)2111 Fax 03(5307)0687

【東京都社会福祉協議会】

所在地 〒162-8953 東京都新宿区神楽河岸1-1 飯田橋セントラルプラザ内
Tel 03(3268)7171 Fax 03(3268)7433

【東京都国民健康保険団体連合会】

所在地 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋三丁目5番地1号 東京区政会館11階
Tel 03(6238)0177 Fax 03(6238)0022

11. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 櫻灯会
代表者役職・氏名	理事長 櫻井 真里
本部所在地・電話番号	東京都西多摩郡日の出町大字大久野231-1 Tel 042(597)1941(代) Fax 042(597)1949 ホームページ https://www.outoukai.com/ e-mail hinodeshien@outoukai.or.jp

この内容は変更する場合があります。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<所在地> 東京都杉並区荻窪三丁目7番30号
<名 称> 特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑
指定短期入所生活介護事業所

印

<説明者> 所属 営業課
氏名

印

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説
明を受けました。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印



櫻 灯 会

o u t o u k a i

特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑

指定短期入所生活介護に関する契約書

様

特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑

指定短期入所生活介護事業所契約書

_____(以下、「利用者」といいます)と指定短期入所生活事業所 おぎくぼ紫苑(以下、「事業者」といいます)は、事業者が利用者に対して行う指定短期入所生活介護事業サービスについて、次のとおり契約します。

第一条 (契約の目的)

事業者は、利用者に対し、介護保険法令、老人福祉法令、及びその他関係法令の趣旨にしたがって、指定短期入所生活介護事業サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する利用料を支払います。

第二条 (契約期間)

- 1 この契約の契約期間は令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日からとする。ただし、要介護認定の有効期間が来た場合には、その日をもって終了とする。
- 2 事業者は、本契約の有効期間内において、別紙定める利用期間の間事業サービスを提供いたします。
- 3 利用者は、原則として、利用の開始の 13 時以降に入所し、利用終了日の 12 時までに退所するものとします。

第三条 (介護サービス計画)

- 1 事業者は、計画作成担当者によって作成された介護サービス計画によって介護サービスを提供いたします。
- 2 利用期間が、4 日間以上の場合、事業者は利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「介護サービス計画書」を作成し、その内容を利用者に説明し、利用者またはご家族の同意を得ます。

第四条 (指定短期入所生活介護事業サービスの内容)

- 1 事業者は、介護サービス計画に沿って、利用者に対し居室、介護サービス、その他介護保険法令の定める必要な援助等を提供します。
- 2 利用者が、利用できるサービスの種類は[重要事項説明書]のとおりです。事業者は[重要事項説明書]に定めた内容について、利用者およびその家族に説明します。
- 3 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ないと判断した場合、利用者およびその家族に説明、同意を得た上で身体的拘束を行うことがあります。

第五条 (サービスの提供の記録)

- 1 事業者は、指定短期入所生活介護事業サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後 2 年間保管します。
- 2 利用者は、9 時から 17 時の間に当該利用者に関する第 1 項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第 1 項のサービス実施記録の複写物を有償にて受け取ることができます。

第六条 (危険物の持ち込み)

他利用者に危害を加えたり、施設の設備に損害を与えたりするおそれのある物、又は誤飲、中毒のおそれのある物を持ち込む事はできません。必要品については個別相談に応じます。

第七条（利用料）

- 1 利用者は、サービスの対価として、重要事項説明書に定める利用料をもとに計算した月ごとの合計額を支払います。
- 2 利用者は、本契約締結時に毎月の利用料を引き落とすための口座を「口座振替依頼書」により指定します。
- 3 事業者は、前2項利用料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月20日前後に利用者に発送します。
- 4 事業者は、前3項の請求金額を翌月の27日に指定された口座から振り替えます。但し、金融機関の非営業日に当る場合は翌営業日とします。（振り替えにかかる手数料は利用者負担となります。）
- 5 事業者は、口座振替の手続きが終了するまでの間は、振り込みによる支払いの依頼をします。（振り込みにかかる手数料は利用者負担となります。）
- 6 事業者は、利用者からの利用料の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

第八条（契約の終了）

1 自動終了

以下のいずれかに該当した場合は、通知がなくても自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用期間中に利用者が他の介護保険施設等に入所した場合。
- ② 利用者がお亡くなりになった場合、もしくは介護保険被保険者資格を喪失した場合。
- ③ 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。

2 その他

以下のいずれかに該当した場合は、事業者は利用者に対して、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。但し、利用者が現にサービスを利用している期間中は、10日間の予告期間をおきます。

- ① 利用者が利用料の支払いを正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、利用料を支払うよう催告したにも関わらず10日以内に支払わない場合。
- ② 利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ③ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ④ 利用者等の言動が集団生活になじまないと施設が判断した場合。
- ⑤ 職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になった場合。

第九条（利用期間中のサービスの中止）

- 1 利用者は事業者に対して、また事業者は利用者に対して、原則前日午後5時まで（但し、やむを得ない事由の場合はこの限りではありません）に申し出ることで、利用期間中でもサービスの中止をすることができます。この場合の利用料は実際の退所日までの日数を基準に計算します。
- 2 事業者は、利用者の体調が良好でなく、施設での生活に支障があると判断した場合、利用期間中でもサービスを中止することができます。
- 3 大規模な地震や家事等の災害時、感染症の発生などの非常事態により利用者や事業所の職員、その他関係者の安全を確保できないと事業所において判断したときは、事業所の運営を一時的に停止する場合があります。

4 前各項のほか、利用期間中に利用者が入院した場合、短期入所生活介護は中止となります。この場合の利用料は入院日までの日数を基準に計算します。

5 利用料の請求及び支払い方法は、第七条に準じます。

第十条（秘密保持）

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上でしり得た利用者およびその家族に関する秘密(予め利用者および家族が文書によって明示したもの)を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。この守秘義務はかつて職員であったものについても有効です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

第十一条（事業者賠償責任）

1 損害賠償

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害をおよぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

2 損害賠償がなされない場合

事業者は、事業者の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下のいずれかに該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者（その家族等も含む）が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- ② 利用者（その家族等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- ④ 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

3 事業所の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業所は、本契約の有効期間中、地震、噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。また、事業所は利用者に対して、既に実施したサービスについては所定の利用料の支払いを請求できるものとします。

第十二条（利用者賠償責任）

利用者の責めに帰すべき事由により、他利用者又は、施設職員・設備・物品に損害を及ぼした場合、利用者は損害をうけた利用者又は事業者に対し賠償します。

第十三条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第十四条（連携）

- 1 事業者は、短期入所生活介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 2 事業者は本契約が締結されたことを速やかに介護支援専門員に連絡します。
- 3 事業者は本契約の内容が変更された場合、または終了した場合は、速やかにその事実、内容を介護支援専門員に連絡します。また第八条第2項に基づいて解約通知をする際は、事前に介護支援専門員に連絡します。

第十五条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第十六条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第十七条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

事業者

＜住所＞

東京都杉並区荻窪三丁目7番30号

＜事業者名＞

社会福祉法人 櫻灯会

特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑

印

利用者

＜住所＞

＜氏名＞

印

(代理人)

＜住所＞

＜氏名＞

印

(連帯保証人)

＜住所＞

＜氏名＞

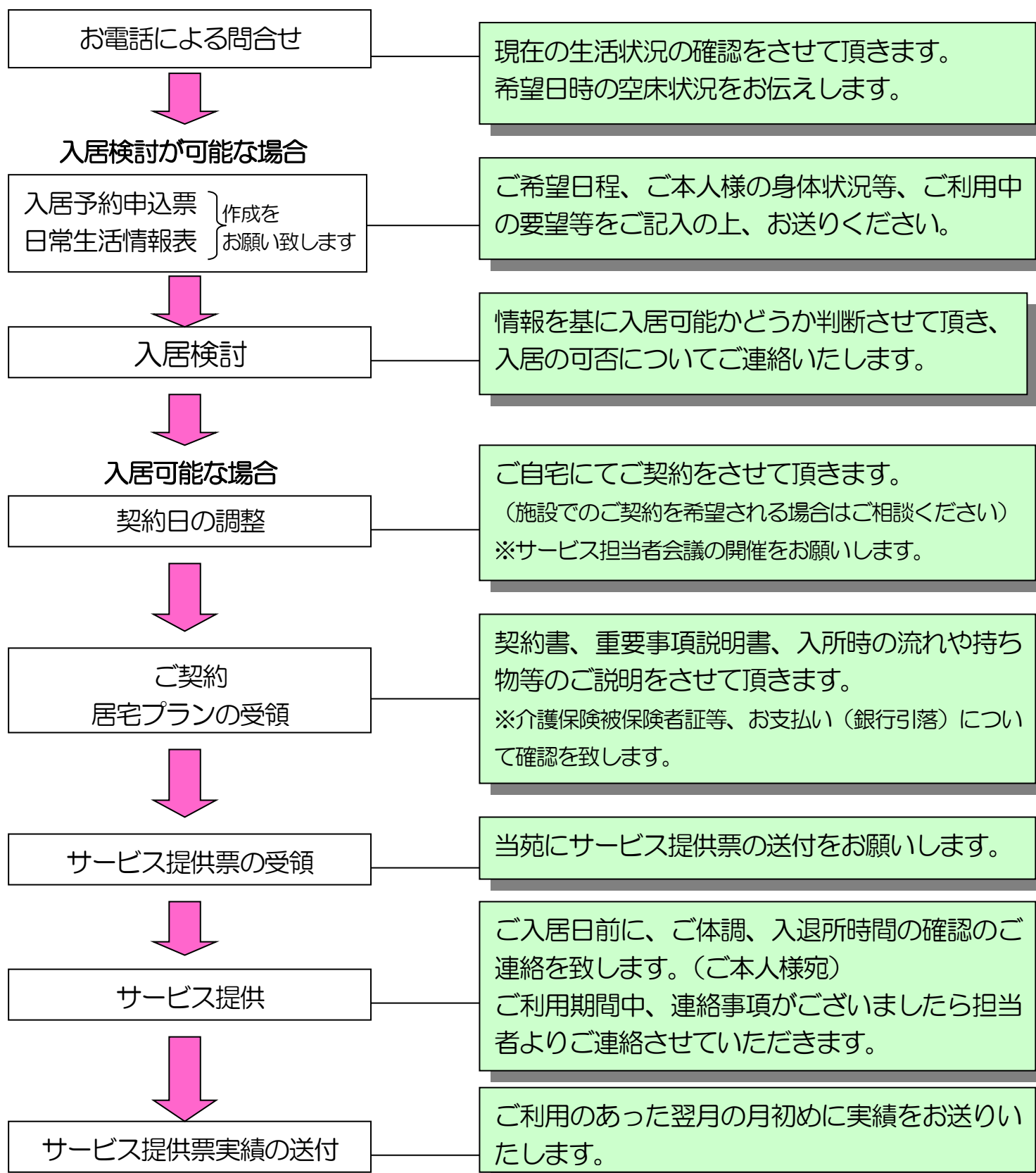
印

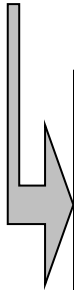
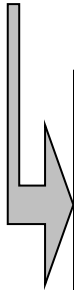
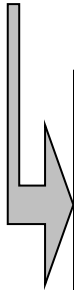
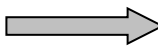


櫻 灯 会
o u t o u k a i

特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑

短期入所生活介護(ショートステイ)のご案内



お申込み日		年 月 日																																															
（ご家族になる方） 窓口になる方	お名前	(フリガナ) 様				TEL																																											
						携帯																																											
		ご家族(続柄:) その他(関係:)				F A X																																											
	ご住所	〒																																															
ご入所される方	お名前	(フリガナ) 様				性別		要介護度	要支援		1 2																																						
						男 女			要介護		1 2 3 4 5																																						
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日							歳																																								
	ご住所	〒 TEL:																																															
居宅事業者	事業者名						ケアマネ名		様																																								
	ご住所	〒																																															
		T E L				F A X (必須)																																											
ご希望	入所期間	年 月 日				～ 年 月 日																																											
	送迎	希望する（下の希望時刻に優先順位を①～③までご記入下さい。）																																															
		(時刻は、ご自宅の発着時刻です。ご希望時刻をもとに調整させていただきます。)																																															
		<table><tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">迎え</td><td>希望時刻</td><td>13:30</td><td>14:00</td><td>14:30</td><td>15:00</td><td></td><td></td><td colspan="2">確定時刻</td></tr><tr><td>優先順位</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">:</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">送り</td><td>希望時刻</td><td>10:30</td><td>11:00</td><td>11:30</td><td>12:00</td><td></td><td></td><td colspan="2">確定時刻</td></tr><tr><td>優先順位</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">:</td></tr></table>											迎え	希望時刻	13:30	14:00	14:30	15:00			確定時刻		優先順位							:			送り	希望時刻	10:30	11:00	11:30	12:00			確定時刻		優先順位						
	迎え	希望時刻	13:30	14:00	14:30	15:00			確定時刻																																								
		優先順位							:																																								
	送り	希望時刻	10:30	11:00	11:30	12:00			確定時刻																																								
		優先順位							:																																								
	※日曜・祝祭日の送迎、入退所は実施していません。 また、遠方の方は送迎が困難な場合があります、ご相談下さい。																																																
	希望しない  (入所: 時頃希望、退所: 時頃希望)																																																
	※原則として入所は13:00以降、退所は12:00までにお願い致します。																																																

※申し込みの受付が完了しましたら、下欄に押印してFAX返信させていただきます。

申込み 受付欄	上記の入所予約申し込みをお受け致しました。	受付印
	社会福祉法人 櫻灯会 特別養護老人ホーム おぎくぼ紫苑 TEL:03-6915-1593 FAX:03-6915-1594	

※FAX返信された以降の変更・キャンセルは、様式第2の「おぎぼ紫苑ショートステイ入所予約(変更・キャンセル)依頼票」をご使用下さい。

日常生活情報表

※ 利用中の生活に関する個人情報として施設内資料で使用しますので大変お忙しいとは思いますが出来るだけ詳しくご記入くださいますようお願いいたします。(該当箇所を○印で囲み必要箇所には詳しい内容をご記入下さいますようお願いいたします。)

記入日 年 月 日 記入者名 続柄

ご利用者名 様 生年月日 年 月 日生 才 要介護度

・日常生活動作に関する情報（ご家庭での様子やデイサービス等利用時の様子でも結構です。）

1、お食事	お食事に関して気を付けてほしいことや、ご要望等
形態 主食 常・軟飯・粥（ 分粥）・ミキサー・経管栄養	ありましたらご記入下さい。
副食 常・刻み(一口大)・極刻み・ミキサー	
水分 そのまま・トロミ・ゼリー・(その他)	
飲み込み 問題なし・つまりやすい・むせやすい・嚥下困難	
使用具 箸・スプーン・フォーク・自助具	
摂取動作 自立・一部介助・全介助	
お食事時間 朝 昼 夕	
食物アレルギー 無・有（食物名)	
その他	
2、排泄	排泄に関して気を付けてほしいことや、ご要望等あ
尿意 有・無・時々あり・時々なし・(その他)	りましたらご記入下さい。
便意 有・無・時々あり・時々なし・(その他)	
ご自宅排泄環境 ポータブルトイレ・和式トイレ・洋式トイレ	
手すりあり・手すりなし・不使用	
日中 自立・声掛け・誘導・見守り・一部介助・全介助	
布パンツ・パット・リハビリパンツ・オムツ	
夜間 自立・声掛け・誘導・見守り・一部介助・全介助	
布パンツ・パット・リハビリパンツ・オムツ	
誘導、介助時間	
排尿排便後の後始末 自立・一部介助・全介助	
便秘 無・有（便秘への対応)	
その他	
3、入浴	入浴に関して気を付けてほしいことや、ご要望等あ
浴槽 普通浴槽・機械浴ストレッチャー・機械浴チェアー	りましたらご記入下さい。
清拭・(その他)	
衣服着脱動作上肢 自立・一部介助・全介助	
衣服着脱動作下肢 自立・一部介助・全介助	
洗身 自立・一部介助・全介助	
洗髪 自立・一部介助・全介助	
褥瘡 無・有（部位、程度)	
皮膚状態 問題なし・乾燥・(その他)	
その他	

4、洗面・口腔清潔		洗面や口腔清潔に関して気を付けてほしいことや、 ご要望等ありましたらご記入下さい。
洗面	自立・一部介助・全介助・蒸しタオル使用 (その他)	
義歯	無・有 (形態、上 下)	
自歯	無・有 (上 下)	
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他 ()	
爪きり	自立・一部介助 (介助部位)・全介助 その他	
5、基本動作		基本動作に関して気を付けてほしいことや、 ご要望等ありましたらご記入下さい。
麻痺	無・有 (部位、)	
拘縮	無・有 (部位、)	
立位	可・支え要・不可・(その他)	
移乗	自立・一部介助・全介助	
歩行	自立・見守り・手引き・杖使用・歩行器使用・車椅子	
寝返り	自立・一部介助・定時体位変換	
寝具	布団・ベッド・低床ベッド・(その他)	
エアーマット使用	無・有	
6ヶ月以内の転倒等	無・有 (転倒時等の状況)	
その他		

・ コミュニケーションに関する情報

視力	良好・眼鏡・盲・(その他)	コミュニケーションに関して気を付けてほしいこと や、ご要望等ありましたらご記入下さい。
聴力	良好・大きな声なら聞こえる・難聴・補聴器使用・聾	
言語	良好・やや不自由・不自由・方言・失語症・構音障害	
認知症	無・有 (軽・中・重)	
会話の理解	可・部分的に可・不可	
ご自宅での呼ばれ方		
デイサービス等での呼ばれ方		
その他		

・ 生活に関する情報

趣味、嗜好、普段の様子		趣味、嗜好等に関して気を付けてほしいことや、ご 要望等ありましたらご記入下さい。
アルコール	飲まない・飲む (多い・普通・少ない) 種類 ()	
タバコ	吸わない・吸う (1日 本位)	
趣味・特技	()	
日中の過ごし方		
夜間の様子 (睡眠状況等)		
同性介護について	希望する・希望しない・どちらでも	
その他		

・ 病歴と最近の健康状態

既往歴	病名	発症	年頃
	病名	発症	年頃
	病名	発症	年頃
内服薬			
	薬アレルギー 無・有（薬品名 ）		
最近の健康状態			

・ 認知症の症状（認知症のある方のみご記入ください）

認知症の症状と対応、ご自宅や他施設での様子		時々ある・ほぼ毎日あると、お答えいただいた番号と対応をご記入ください。
1 物が盗まれた等と被害妄想	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
2 周りの者が混乱する作り話	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
3 夜間不眠、または昼夜逆転	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
4 暴言や暴力行為	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
5 大声を出すこと	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
6 同じ話を繰り返す	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
7 しつこく同じ話をする	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
8 介護に抵抗すること	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
9 徘徊	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
10 一人で出かけ帰れなくなる	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
11 いろいろな物を集める	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
12 火の始末や管理が出来ない	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
13 帰宅願望	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
14 食べられない物を口に入れる	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
15 家族のことが分からなくなる	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
16 ひどい物忘れ	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
17 不潔な行為	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	
18 物や衣類などを壊す	ない・時々ある・ほぼ毎日ある	

・ 利用中のご要望

利用中の生活や安全の為に必要なご要望等ありましたらご記入ください。

ご本人様の要望	
ご家族様の要望	