

ショートステイ申込書

新規 再

施設名	奉優会 沓掛ホーム	申込日 月 日 ← 結果通知 月 日 →	支援事業所番号	
担当者	吉田・田巻		及び事業所名	
FAX	03-3395-0970		担当者	
TEL	03-3395-0900		FAX	
			TEL	

利用者情報	氏名	ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生(歳)	
	住所	〒 区 丁目 番 号					
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	負担割合	1・2	負担段階	1・2・3・4	
	申込者名	関係()		緊急連絡先	TEL	Fax	
	家族状況	同居 独居 高齢者世帯 その他()					
	申込理由	介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・本人の希望・その他()					
身体状況	移動	歩行(自立 つたい歩行 介助) 杖(有 無) 車いす(自操 介助) 歩行器					
		転倒の可能性(大 中 小)	その他注意点				
	排泄	自立 介助 ポータブル リハパン オムツ パット 普通の下着					
		その他注意点					
	食事	自立 介助(見守り 一部介助 全介助) 主食() 副食()					
		その他注意点 禁食(魚・卵・そば)					
		その他(制限等:)					
	入浴形態	個浴 一般浴 機械浴 : 介助の内容()					
認知症	認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
	問題行動 徘徊 同じ話の繰返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 その他()						
現病名	伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む						
医療処置	有・無		エアーマット使用		有・無		
	〔)		その他				
利用希望日	居室の希望	個室 多床室 どちらでもよい					
	第1希望	令和 年 月 日() ~ 日() 【泊 日】					
	第2希望	令和 年 月 日() ~ 日() 【泊 日】					
	希望なし	いつでも可 / (ただし 月上・中・下旬 頃に 泊 日くらいで)					
	キャンセル待ち	希望する	希望しない	備考			
送迎希望	有・無						

注：(施設内の事故防止のため、面談時に記入情報が現況と著しく違ふと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

施設返信欄	①利用可否	可・否	②否の場合、キャンセル待ちについて	キャンセル待ち：可・不可	
	③利用可能日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()			
	④入所時間	: 自宅・	: 入所	⑤退所時間	: 退所・ : 自宅
	⑥送迎	可・否 (移送・ご家族・その他:)			
	⑦備考	個室・多床室:			