

ショートステイ申込書 優つくりショートステイ新宿西落合

□ 新規

施設名	優つくりショートステイ新宿西落合	申込日 月 日  結果通知 月 日 	支援事業所番号	
担当者	生活相談員		及び事業所名	
FAX	03-3565-5623		担当者	
TEL	03-3565-6283		FAX	
			TEL	

利用者情報	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	被保番		負担段階	1・2・3・4
	申込者名	関係()	緊急連絡先	TEL	負担割合	1・2・3
	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 糖尿食 減塩食 禁食() 療養食加算 その他() 有 無				
	入浴形態	個室 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				
	医療処置	有 無	エアーマット使用		有 無	
		[]		その他		
	利用希望日	居室タイプ	個室のみ			
		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 ※日曜日、年末年始は行っておりません				

※:(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うと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

※:(利用者情報・身体状況に関して、変化がなければ必要最低限の記載でかまいません。新規利用の場合は記載をお願いします。)

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()		
	④入所時間	: ※ご自宅迎え時刻	⑤退所時間	: ※ご自宅到着時刻
	⑥送迎	可 否 その他()		
	⑦備考			