

ショートステイ申込書

ショートステイ はるか 苑
FAX 0888-878-3317

申込日 年 月 日

居宅介護支援事業所名：
介護支援専門員：
電話番号：
FAX番号：

ショートステイの申し込みをいたします。

ふりがな 氏名	性別		生年月日		年齢
	男・女	大 昭	年 月 日	歳	
住所	(〒 -)		電話番号	. .	
被保険者番号			保険者番号		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		要介護 状態 区分	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
介護保険負担限度額認定証	有・無				
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄 (日間) 午前 午後 時 分 午前 午後 時 分 送迎希望 有・無		送迎	乗用車 車イス移動車 ※車椅子利用で乗車できる方は出来るだけ乗用車をご利用ください	
既往歴				かかりつけ医	
心身状況	食 事	普通食 ・ きざみ ・ その他 () 義歯 (無 ・ 有) 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 (胃ろう ・ 経鼻)			
	排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 オムツの使用 (無 ・ 有) 紙パンツ 尿取りパット 排便状況 毎日 ・ 2~3日 ・ 便秘気味			
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移 動	独歩 ・ 杖 ・ 手引き ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			
	移 乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	衣類着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	睡 眠	良眠 ・ 不眠 ・ 不眠気味 眠剤使用 (無 ・ 有)			
	行動障害	無 ・ 有 行動内容 ()			
	嗜 好	特に無 ・ タバコ ・ 酒 ・ その他 ()			
医療行為	無 ・ 有 [インシュリン ・ その他 ()]				
申し込み理由					

※介護保険証のコピーを添付して下さい。

※この情報は、当施設にて適切に管理し、外部及び第三者に提供 開示することはありません。