

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		
介護保険負担割合証		1割・2割・3割					
介護保険負担限度額認定証		有・無					
利用者負担段階 (認定証有の方)		第1段階・第2段階・第3段階					
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄(日間)		午前・午後 時 分		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	
	送迎希望 有・無		送迎希望 有・無				
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。