

ショートステイ利用申込書

<input type="checkbox"/> 新規
<input type="checkbox"/> 継続
前回とのADL等の変化 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申込年月日 平成 年 月 日

利用者情報	氏名 (フリガナ)		性別		利用申込者 (担当ケア マネ ジャー)	事業所名	
			男 女			氏名	
	生年月日	M・T・S 年 月 日生				TEL	
	住所				FAX		
	電話番号		緊急連絡先 (TEL)		(続柄)		
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5 / 暫定			負担限度	1・2・3・4	
	ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	医療状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 機械浴		
認知症		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(認自立度: I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)				
エアマット使用		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療状況	かかりつけ医		病院・医院 (主治医		医師)		
医療処置内容	緊急時の対応医療機関		病院・医院				
利用希望日	希望フロア	<input type="checkbox"/> 5番街 (生活介護)		<input type="checkbox"/> 3番街・2番街 (療養介護)			
	居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 ・ <input type="checkbox"/> 多床室 ・ <input type="checkbox"/> どちらでもよい ・ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	A	平成	年	月	日	～ 月 日	
	B	平成	年	月	日	～ 月 日	
	C	平成	年	月	日	～ 月 日	
	D	平成	年	月	日	～ 月 日	
E	<input type="checkbox"/> 希望日なし / <input type="checkbox"/> (上・中・下旬 頃 泊 日)						
利用理由	<input type="checkbox"/> 利用者希望	<input type="checkbox"/> 社会交流 本人休息 入浴 リハビリ					
	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減	<input type="checkbox"/> 定期利用 一時利用					
	<input type="checkbox"/> 介護者不在	<input type="checkbox"/> 介護者本人の疾病等 介護者以外の家族等の疾病等					
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 その他					
送迎	入所時	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 家族 (時 分)				
	退所時	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 家族 (時 分)				

回答書

平成 年 月 日

申し込みありがとうございます。上記お申込みについて下記のように回答いたします。

- ・ A 申込通りサービス可能です (/ ~ /) の日程であれば調整可能です
 キャンセル待ちとなります
- ・ B 申込通りサービス可能です (/ ~ /) の日程であれば調整可能です
 キャンセル待ちとなります
- ・ C 申込通りサービス可能です (/ ~ /) の日程であれば調整可能です
 キャンセル待ちとなります
- ・ D 申込通りサービス可能です (/ ~ /) の日程であれば調整可能です
 キャンセル待ちとなります
- ・ E ① 月 日 ~ 月 日
② 月 日 ~ 月 日

※ キャンセル待ちの場合は、調整つき次第こちらからご連絡いたします。

介護老人保健施設 みゆきの丘 (併設短期入所生活介護)

TEL 023-672-8585 / FAX 023-672-8586

担当: 2・3番街 (療養介護) 5番街 (生活介護)