

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 令和 年 月

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 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	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()	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		令和 年 月 日 ~ 月 日		
B		令和 年 月 日 ~ 月 日		
C		令和 年 月 日 ~ 月 日		
D	令和 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"/> その他		
	<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"/> 冠婚葬祭 その他		
	<input type="checkbox"/> 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

令和 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)