

新規 再

ショートステイ申込書式)

施設名	かがやきライフ江東	申込日 月 日 ← 結果通知 月 日 →	支援事業所番号	
担当者	和田・近藤		及び事業所名	
FAX	03-3640-8050		担当者	
TEL	03-3640-2111		FAX	
			TEL	

利用者情報	氏名	フリガナ 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	Fax	
	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 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)の有無の確認含む				
	医療処置	有 無 〔 〕				
	処方内容					
医師から注意事項						
利用希望日	居室の希望	個室 多床室 どちらでもよい				
	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	入所希望時間	AM/PM :	退所希望時間	AM/PM :	

注：(施設内の事故防止のため、記入情報と現況が著しく違っていると認められる場合は、お受入れできない場合があります。)