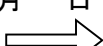


□新規 □再

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 及び事業所名	
担当者	畑 / 渡辺		担当者	
FAX	03-3640-8050		FAX	
TEL	03-3640-2111		TEL	

利用者情報	ふりがな氏名	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	負担割合	1・2・3	負担限度額	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			
	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 ※別紙でも可	※以下に服薬可能なお薬をお書きください。 ・発熱時／ ・便秘時／ ・不眠時／					
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うと認められる場合は、お受入れできない場合があります。)