

新規 再

ショートステイ申込書

令和 年

施設名	ショートステイ 晴風苑	申込日	月 日	事業所名	
担当者	生活相談員 小林桂子	←	月 日	担当者	
FAX	042-313-2039	結果通知	月 日	FAX	
TEL	024-313-2029	→	月 日	TEL	

利用者情報	フリガナ 氏名	男・女		生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
	住所	〒							
	要介護度	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	①	②			
	家族状況	独居・高齢世帯・同居(誰と) その他()							
	申込理由	本人の希望・介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・その他()							

身体状況	移動	歩行(自立・つたい歩き・介助) 杖(有・無) 車椅子(自操・介助) 歩行器 転倒の可能性(大・中・小) 注意点							
	排泄	日中 自立・介助・ポータブル リハパン・オムツ・パット・普通の下着 夜間 自立・介助・ポータブル リハパン・オムツ・パット・普通の下着							
	食事	自立・介助(見守り・一部介助・全介助)			食形態	主食 米飯・粥・ミキサー			
		トロミ	無 有(強中弱)			副食 常食・刻み・ソフト・ミキサー			
		アレルギー 無 有() 減塩食 糖尿食 義歯 無 有(上・下)							
	入浴	個浴・リフト浴・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							
		BPSD 徘徊 暴言 暴力 興奮 昼夜逆転 モノとられ妄想 他()							
現病名	感染症の病気 無 有()								
医療処置	無 有			褥瘡	無 有()				
	()			エアーマット	無 有				

利用希望日	第1希望	R 年 月 日() ~ 月 日() 泊 日							
	第2希望	R 年 月 日() ~ 月 日() 泊 日							
	希望なし	いつでも可 / 月上・中・下旬 頃に 泊 日くらい							
	キャンセル待ち	希望しない・希望する【その連絡先 家族・ケアマネ・その他】							
	送迎希望	有 無	入所希望時間 AM/PM :	退所希望時間 AM/PM :					

施設返信欄	利用可否	可・否		キャンセル待ち	可・不可		送迎	可・不可	
	利用可能日	R 年 月 日() ~ 月 日()				入所時間	:	退所時間	:
	備考								