

特別養護老人ホームさの ショートステイ利用予約申込書

お申込み日	令和 年 月 日
回答日(事業所記入欄)	令和 年 月 日

申 込 先	特別養護老人ホームさの		お 申 込 者 名	事業所名	
	ショートステイ担当田所行			お申込み者名	
	電話番号	03-5682-0007		電話番号	
	FAX番号	03-5682-0077		FAX番号	

利 用 者 情 報	氏名	(フリガナ)		男 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒 -				☎ () -		
	介護保険情報	被保険者番号：				介護度： 支1 支2 1 2 3 4 5		
		認定日：令和 年 月 日		有効期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日				
	負担割合	1 2 3 割	負担限度額	1段階 2段階 3段階① 3段階② 4段階(非該当) 申請中				
	生保受給	無 有 [福祉事務所： 担当者：]						
主 治 医	病院名			医療行為： 無 有()				
	担当医			感染症： 無 有()				
緊 急 連 絡 先	氏名		関係	電話		住所		
	①							
	②							

希 望 事 項	(居宅介護支援事業所様記入欄)					(事業所記入欄)			
	①	年	月	日()	～	年	月	日()	↔
	②	年	月	日()	～	年	月	日()	↔
	③	年	月	日()	～	年	月	日()	↔
	④	年	月	日()	～	年	月	日()	↔
	⑤	年	月	日()	～	年	月	日()	↔
	送迎あり	(その他 ご利用理由など)							
送迎なし									

※①初回利用の方、②半年以上経過して利用される方については、下記の内容について情報提供願います。

身 体 状 況	項目	状況	備考（使用している福祉用具や注意点等）
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	(義歯の有無・禁忌食品・自助具等)
		常食・粥・刻み・他()	
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	意思疎通	問題なし・不可・他()	
	認知障害	無 ・ 有	
既往歴：			
現症状：			

