

# ショートステイ利用申込書

年 月 日

氏名		男女	生年月日	M T S	年 月 日 (満 歳)
住所				TEL	
連絡先①	①	氏名	続柄	TEL	① 自宅・勤務先・携帯
		住所	年齢		② 自宅・勤務先・携帯
	②	氏名	続柄	TEL	① 自宅・勤務先・携帯
		住所	年齢		② 自宅・勤務先・携帯
連絡先②	介護支援専門員	氏名	所属	TEL	
	事業所所在		事業所番号	fax	
	主治医		所属	TEL	
心身状況	要介護度	被保険者番号	既往歴		
		認定日			
		有効期間			
	日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症高齢者自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
利用者様について	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 (杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー)			
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ・ポータブル・リハパン・オムツ)			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴・機械浴)			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	嚥下	可・困難 ( )	
	食事内容	常食・粥食・一口大・キザミ食・ミキサ一食		治療食	無・有
	嗜好:				
褥瘡	なし・あり 部位:				
医療行為	なし・あり ( )				
問題行動	徘徊・暴力・暴言・奇声・昼夜逆転・その他( )				
その他	車椅子持参(する・しない)	施設送迎	有(行き・帰り・往復) / 無		
備考					

事業所番号1372110237

【連絡/お問合せ】 足立万葉苑ショートステイ担当 生活相談員まで  
TEL03-5856-6695 / FAX03-3858-1700