

# 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・ミキサー食			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