

ショートステイ利用申込書

平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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