

ショートステイ利用申し込み票

特別養護老人ホーム 浄風園

申し込み日 年 月 日

TEL:03-3386-3751 FAX:03-5380-0284

支援 事業者	事業所名	(事業所番号)				担当CM	
	電話番号				FAX番号		
利用者	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	介護度	
	住所	〒					
保険区分		介護保険負担割合証 1割・2割・3割			医療費控除	あり・なし	
		介護保険負担減額認定証 1・2・3①・3②			支払い方法	送迎時・振込	
主介護者	氏名		続柄		連絡先		
	住所	〒					
希望期間		① / ~ / ② / ~ /					
キャンセル待ち		利用までに要する日数 日前までに知らせて欲しい					
送迎方法		施設送迎 ・ 自家用車 ・ 介護タクシー ・ その他()					
食事	ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				トロミ	有 (薄・中・濃)
	形態	主食		副食			無
	備考						
排泄	日中	ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			Pトイレ バルンカテーテル ストマ	
		使用物品	布 ・ リハパン ・ オムツ				
	夜間	ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
		使用物品	布 ・ リハパン ・ オムツ				
	排尿回数	日中		回	排便回数	日に1回 下剤 有 ・ 無	
		夜間		回			
備考							
入浴	方法	一般浴 ・ リフト浴 ・ 臥床浴				普段の入浴場所	
	備考						
内服薬							
認知症の症状	有	徘徊 暴力 せん妄 被害妄想 大声 異食 不潔行為 興奮不穏					
	無	その他()					
	備考						
ワクチン		インフルエンザ(未・ 済 /) コロナウイルス(未・ 済 /)					

ショートステイのお申込みありがとうございます。

お申込みの結果につきましては、検討にお時間を要します事ご承知ください。

結果が出次第、お電話にてお知らせいたします。

何卒宜しくお願い申し上げます。