

□新規 □再

ケアホーム三浦ショートステイ申込書

施設名	ケアホーム三浦	申込日 ← 月 日	事業所番号及 び支援事業所名	
担当者	岩澤		担当 CM	
FAX	046-888-5633	結果通知 → 月 日	FAX	
TEL	046-888-5877		TEL	

利用者情報	氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生 (歳)	
	住所	〒				
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	被保番		負担段階	1・2・3・4
	申込者名	関係()	緊急連絡先	TEL	Fax	
	家族状況	同居 独居 高齢者世帯 その他()				
	申込理由	介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・本人の希望・その他()				
身体状況	移動	歩行(自立 つたい歩行 介助) 杖(有 無) 車いす(自操 介助) 歩行器 転倒の可能性(大 中 小) その他注意点				
	排泄	自立 介助 ポータブル リハパン オムツ パット 普通の下着 その他注意点				
	食事	自立 介助(見守り 一部介助 全介助) 主食() 副食() その他注意点 糖尿食 減塩食 禁食(魚・卵・そば) 療養食加算 その他() 有 (無)				
	入浴形態	個浴 中間浴 スリッパ浴 : 介助の内容()				
	認知症	認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 問題行動 徘徊 同じ話の繰返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 その他()				
	現病名	伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む				
	医療処置	有 無	エアーマット使用		有 無	
		[]		その他		
利用希望日	入退所日	ショートステイの入退所は月曜日～土曜日になります				
	第1希望	平成 年 月 日()	～	日()	【泊 日】	
	第2希望	平成 年 月 日()	～	日()	【泊 日】	
	希望なし	いつでも可 / (ただし 月上・中・下旬 頃に 泊 日くらいで)				
	キャンセル待ち	希望する	希望しない	備考		
送迎希望	有 無					

注：(施設内の事故防止のため、面談時に記入情報が現況と著しく違くと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

施設返信欄	①利用可否	可 ・ 否	②否の場合、キャンセル 待ちについて	キャンセル待ち 可 ・ 不可	
	③利用可能日	平成 年 月 日()～平成 年 月 日() 平成 年 月 日()～平成 年 月 日()			
	④送迎	迎え 送り 両方 なし			
	⑤備考				