

お申し込み日 年 月 日

ご利用希望者様	フリガナ		性別	生年月日		要介護度
	ご氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日	
	ご住所	〒 電話番号 ( ) FAX ( )				
主介護者様	ご氏名		続柄			
	ご住所	〒 電話番号 ( ) FAX ( )				

支援事業者様より	支援事業者様 名称		ご担当ケアマネージャー様				
	電話番号 ( )		F A X ( )				
	月分		希望 あり	月 日から 月 日まで			
			※まことに恐縮ですが、ご希望日程にそえない場合がございますのでご了承下さい。				
			希望 なし	上旬・中旬・下旬・どこでも 日間位			
	負担限度額認定証		有・無 → 有の場合、所得段階をお知らせください。( 段階 )				
	負担割合証		1割負担・2割負担・3割負担				
送迎のご希望		有・無 ※ご希望に応じ送迎を行います(月曜～金曜)。					
公費対象	無・有(生保・原爆) 有の方は提供票発信時[負担者番号・受給者番号]をお知らせ下さい( )						

当事業所のご利用	初回 ⇒ 他ショートステイのご利用はありますか? ( ) 2回目以降⇒前回利用日 ( )
既往歴	①心臓病 ②高血圧 ③肝臓病 ④腎臓病 ⑤糖尿病 ⑥胃腸病 ⑦喘息 ⑧脳卒中 ⑨その他 現在治療中の病気 ( )
医療行為の必要性	無・有 ①インシュリン注射 ②経管栄養(鼻腔・胃ろう) ③バルーンカテーテル留置中 ④人工肛門 ⑤在宅酸素 ⑥人工透析 ⑦その他 ( ) ※経管栄養・酸素・透析・インシュリン注射等の対応が必要な方はご利用いただけません。
手術歴	無・有 ( 具体的に )
褥瘡	無・有 ( 部位 )
麻痺	無・有 ( 左上肢・下肢 ) ( 右上肢・下肢 ) その他( )
認知症等の症状	無・少し有・かなり有 重度の物忘れ 暴言・暴力 幻覚・幻聴・夜間せん妄 被害妄想 大声を出す 徘徊 異食 不潔行為 不穏・興奮(介護拒否) その他 ( )
ベッドの利用について	自宅(ベッド・布団) → ショートステイでのベッド利用の可否(可・否)・その他
食事の形態	常食・粥・キザミ・ミキサー・トロミ使用(有・無)
摂食状況	自己・一部介助・全介助・他( )
移動状況	独歩(歩行器、杖等の使用 有・無)・車椅子使用(自立・一部介助・全介助)
転倒	無・有(過去の転倒時の状況をお教え下さい):
排泄	トイレ使用(日中・夜間) ポータブルトイレ(日中・夜間) おむつ使用(日中・夜間) トイレ等の使用の際の具体的な手順、方法をお教え下さい。 ※トイレの使用は自立、誘導・介助が必要、などもご記入下さい。 ( )
その他注意事項	

以下の日程でご予約を承りました。利用者様・ご家族等へお知らせ下さい。 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )
--

大変申し訳ございませんが、日程の調整がつかないため、キャンセル待ちをお願いします。