
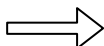


新規 再

ショートサービス申込書(百ねん庵楠・桜共通様式)

平成 年 月 日

施設名		申込日 月 日  結果通知 月 日 	事業所名	
担当者			担当者	
FAX			FAX	
TEL			TEL	

利用者情報	ふりがな氏名	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	保険証番号			
	申込者名	関係()	緊急連絡先	☎	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) アレルギー その他() 有 無				
	入浴形態	個浴 一般浴 機械浴 : 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	
	居室番号					
利用希望日	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	レンタル希望品		
	送迎希望	有 無	入居希望時間 AM/PM :	退居希望時間 AM/PM :		

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う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入居時間	AM/PM : ~ :	⑤退居時間	AM/PM : ~ :	
	⑥送迎	可 否 その他(送迎は行ってない/)			
	⑦備考	介護タクシー利用 ・ 家族送迎			