

事業所送付番号

受信施設記入欄

ショートステイ利用申込書

※送信状は不要です。
※太枠内をご記入ください。

特別養護老人ホーム()

介護保険事業者番号								フリガナ		
居宅介護支援事業所名								担当ケア マネジャー		
連絡先	電話	()			FAX	()				
利 用 希 望 者	フリガナ					フリガナ				
	お名前					代理人氏名				
	生 年 月 日	年 齢		性 別		要 介 護 度				
	明治・大正・昭和 年 月 日	歳		男・女		要支援	要支援1	要支援2		
						要介護	1	2	3	4
	医療的ケア	無・有()								
	食事介助の状況	自立・要介助()								
	認知症の状況	無・有 (徘徊 異食 介護拒否 他)								
	介護内容	[介護で特に配慮・注意等が必要な事柄]								
	利用状況	<input type="checkbox"/> ショートステイを初めて利用する <input type="checkbox"/> ショートステイ利用の経験がある(該当する施設に○を付けて下さい) 特養(羽田・池上・大森・蒲田・糀谷・たまがわ・馬込) 他法人() 前回利用(予定)期間 月 日() ~ 月 日() 施設名()								
利 用 希 望 期 間	1回目	月 日() ~ 月 日() 日間 上記の日程が確保できない場合 [調整可能・調整不可] ・必ず確保したい期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・その他代替できる期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・キャンセル待ち 希望する・希望しない								
	2回目	月 日() ~ 月 日() 日間 上記の日程が確保できない場合 [調整可能・調整不可] ・必ず確保したい期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・その他代替できる期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・キャンセル待ち 希望する・希望しない								
	その他	どこでも()日間希望 ※キャンセル待ち 希望する・希望しない								
居室希望(どれか1つに○を付けてください) ※ 特養大森・特養馬込は原則個室です。										
1.個室希望 2.多床室希望 3.個室希望だが多床室でもよい 4.多床室希望だが個室でもよい 5.どちらでもよい 特に理由があればお書きください()										
備 考 (特記事項)										

※ セルフケアプラン作成の方は、居宅介護支援事業所名の欄にセルフケアプランと記入して下さい。
※ FAXでの申し込みは1人1施設です。

事務処理(施設使用欄)