

事業所送付番号

受診施設記入欄

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 ( )		
利用者希望	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 5
	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	[ ] ショートステイを初めて利用する [ ] 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)