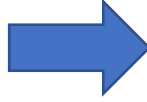


ショートステイ百楽荘寺川館 申込書

申込日：令和 年 月 日 (□新規・□再利用)

事業所名	
事業所番号	
ご担当者	
T E L	
F A X	



事業所名	ショートステイ百楽荘寺川館
担当者	
T E L	072-800-3315
F A X	072-800-3316

利用者情報	フリガナ 氏名	(男・女)		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 ー 大阪府 (家族状況： 同居・独居・高齢者世帯・その他 ())					
	介護保険情報	支1・支2・1・2・3・4・5	被保険者番号		負担段階	1・2・3・4	
キーパーソン	氏名	関係 ()		緊急連絡先	①		
	住所				② ③		
身体状況	移動	独歩 (自立・伝い歩行・介助)・杖 (有・無)・車椅子 (自操・介助)・歩行器 転倒リスク (大・中・小)、その他注意事項 ()					
	排泄	自立 (介助・見守り)・Pトイレ・リハパン・パット・オムツ・布パンツ その他注意事項 ()					
	食事	自立・介助 (一部・全介助)	平均摂取量	主食	割	副食	割
		禁食 ()	療養食	有 (内容：)			
	入浴	一般浴・リフト浴・寝台浴	介助内容	全介助・一部 ()			
	認知症状	徘徊・同じ話の繰り返し・作話・暴言・暴力・昼夜逆転・物取られ妄想・その他 ()					
	医療処置	無・有 (内容：)					
	現病・既往歴	無・有	病名				
利用希望日	1回目	令和 年 月 日 ()	～	令和 年 月 日 ()	送迎	迎 (要・不要) 帰 (要・不要)	
	2回目	令和 年 月 日 ()	～	令和 年 月 日 ()	送迎	迎 (要・不要) 帰 (要・不要)	
	3回目	令和 年 月 日 ()	～	令和 年 月 日 ()	送迎	迎 (要・不要) 帰 (要・不要)	
	4回目	令和 年 月 日 ()	～	令和 年 月 日 ()	送迎	迎 (要・不要) 帰 (要・不要)	
	[備考]						

※伝染性疾患含む