

介護保険サービス利用申込書(つつじ荘ショートステイ)

このFAX用紙は、申し込み結果の返信用としても使用させていただきます。
 月初めの最初の平日の午前中までにFAXにて申し込みを受付けています。
 申し込み日の17時、もしくは翌日までには、FAXにて予約の結果をお知らせします。
 月またぎでの連休がある月等は前月からの継続予約をお願いする場合があります。

ショートステイ FAX 5390-6007

担当 森泉(もりいずみ) TEL 5390-6003

平成

年

月

日

ふりがな	
利用者氏名	性別 (男 ・ 女)
住所	東京都北区
生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日 (歳)
要介護状態区分	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
家族の名前	続柄()
家族の住所	
家族の電話番号	TEL 携帯電話番号
担当事業所名	
事業所電話番号	TEL FAX
ケアマネの名前	
利用希望日	第1希望 (月 日 ~ 月 日) 送迎 (有 ・ 無)
第2も記入	第2希望 (月 日 ~ 月 日) 送迎 (有 ・ 無)
いつでも可の場合	希望日無し (泊希望) 送迎 (有 ・ 無)
既往歴・特記事項を記入願います	
視力・聴力・麻痺等	
認知症について	(有 ・ 無) (大声 ・ 奇声 ・ 帰宅願望が 有 ・ 無)
食事	(自力 ・ 介助) 禁止食
排泄	(トイレ ・ オムツ)
移動時	(独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子) 徘徊 (有 ・ 無)
申し込み上の注意	新規、初回利用の方は2泊3日とさせていただきます。 土・日・祝祭日の入退所は出来ません。 入所時はご家族の方の付き添いをお願いいたします。

*施設記入欄 ご予約が (月 日 ~ 月 日) で確定しました。