

ショートステイ利用申込書

年 月 日記入

利用頻度： 単発 ・ 継続 ⇒					
申し込み理由：					
ケアプランセンター名		担当介護 支援専門員		電話番号	
現在利用中のサービス					
フリガナ		性別		生 年 月 日	
名 前		男・女		M・T・S 年 月 日	
住 所		電話番号			
かかりつけ医		住 所			
病 院 名		連絡先			
入院受け入れ病院		連絡先			
介護認定： 未認定 ・ 申請中 ・ 認定済【 自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】					
認知症： 無 ・ 有		障害者手帳： 無 ・ 有 ⇒ 種 級		障害部位：	
日常生活動作	移 動	独歩 ・ 杖 ・ 押し車 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 不可 / 介助(無・有)			
	詳細：				
	食 事	介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有⇒)			
	詳細：				
	入 浴	自立 ・ 一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む) ・ 全介助			
	詳細：				
	排 泄	介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)			
	詳細：				
現在の状況 (認知症状を含む)	着脱衣	自立 ・ 一部介助(見守り含む) ・ 全介助			
	詳細：				
家 族 の 状 況 (緊急時の連絡の順番にご記入ください。)					
氏名	続柄	年齢	同・別居	住所	電話番号
①					
②					
③					
申 請 者	住所	氏名			印