

# ショートステイ利用申込書 ・緊急時等登録カード

平成 年 月 日 現在

ふりがな			男 ・ 女	生年月日	大正・明治・昭和	
氏名				年 月 日( 歳)		
介護保険	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
	介護保険負担減額認定書 無・有( )段階		負担割合( )			
医療保険	1.国保 2.後期高齢 3.社保 4.共済 5.その他( )					
障害者手帳	1.身障手帳( 種 級)		2.療育手帳(区分 )			
	3.精神障害者保健福祉手帳( 級)		4.手帳なし			
疾患						
既往歴						
服薬・用量 服薬上の注意						
避難時の留意事項						
緊急時の連絡先①	ふりがな				続柄	
	氏名					
	住所	〒				
	電話		携帯			
緊急時の連絡先②	ふりがな				続柄	
	氏名					
	住所	〒				
	電話		携帯			
かかりつけ病院			主治医			
住所						
TEL			FAX			
事業所名			担当ケアマネージャー			
住所						
TEL			FAX			
利用される理由						
希望のお部屋	棟	<input type="checkbox"/> 一般棟		<input type="checkbox"/> 認知症棟		<input type="checkbox"/> どちらでも可
	部屋種	<input type="checkbox"/> 従来型個室①		<input type="checkbox"/> 従来型個室②		<input type="checkbox"/> どこでも可
現在	<input type="checkbox"/> 在宅					
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中(医療機関名: )					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名称: )					
利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用したい					
	<input type="checkbox"/> 希望がある時にだけ利用したい ( )					
	<input type="checkbox"/> 利用は今回限りで考えていない					
移動時の希望	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 ( ご自身用 / 施設貸し出し )					
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー使用					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					