

ショートステイ利用申込書

西暦 2022 年 月 日 現在

ふりがな			男	生年月日	大正・明治・昭和		
氏名			女	年 月 日(歳)			
住所	〒			TEL			
介護保険	要介護 1・2・3・4・5						
	介護負担割合 1・2・3						
	介護保険負担減額認定書 無・有(1・2・3①・3②・4)段階						
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)						
	障害区分認定 無・有 (1・2・3・4・5・6)						
コロナワクチン接種	① 年 月 日		② 年 月 日		③ 年 月 日		
	会場:		会場:		会場:		
緊急時の連絡先①	ふりがな					続柄	
	氏名						
	住所	〒					
	携帯			自宅TEL			
	勤務先名			勤務先TEL			
緊急時の連絡先②	ふりがな					続柄	
	氏名						
	住所	〒					
	携帯			自宅TEL			
	勤務先名			勤務先TEL			
かかりつけ病院			主治医	先生	診療科	科	
住所	〒						
TEL			FAX				
事業所名			担当ケアマネジャー	ケアマネジャー			
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"/> 施設利用中(入所・ショートステイ) (特養・老健・その他)						
	施設名:			TEL:			
在宅サービス利用状況	訪問介護:						
	福祉用具:						
	デイサービス:						
	ショートステイ:						
利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的にご利用したい						
	<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 ()						