

寧幸会ショートステイ利用申込書

申込日 平成 年 月 日

社会福祉法人 寧幸会 様

ショートステイを利用したいので下記のとおり申し込みます。

申込者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 : _____)	<input type="checkbox"/> その他(_____)
	氏名(事業者名)			TEL : _____ (_____)
	事業所番号			FAX : _____
利用者	(ふりがな)	性別	生年月日 : 明 大 昭	
	氏名	男・女	年 月 日生(歳)	
	住所:〒		TEL : _____ (_____)	
利用者代理人 (家族)	氏名 (続柄 : _____)		TEL : _____ (_____)	
	住所		携帯 : _____ (_____)	
被保険者番号				生活保護 : 有 ・ 無
要介護状態区分	要支援(1 2) ・ 要介護(1 2 3 4 5) ・ 申請中			
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
利用希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム蕨サンクチュアリ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム第2蕨サンクチュアリ <input type="checkbox"/> いずれでも可			
利用希望期間	平成 年 月 日 () 時 分 から 平成 年 月 日 () 時 分 まで			
施設の送迎	<input type="checkbox"/> 希望する(入所時・退所時・入退所時) <input type="checkbox"/> 希望しない(家族等送迎)			
申込理由	<input type="checkbox"/> 介護者の疾病 <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 仕事・出張 <input type="checkbox"/> 旅行・外出 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
日常生活の状況	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動用具	<input type="checkbox"/> 使わない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的内容 _____)		
医療の状況	主治医氏名			
	病院名・診療科目	病院名	診療科目	科
	病院電話番号			
	現在治療中の病気 (特別な医療行為)			
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		
家族の介護状況・困っていること				
その他(要望等)				

* 該当するものに○で囲み、□にはレ点を記入してください。