

短期入所利用申込書

FAX : 045 - 530-4665

(申込者)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

郵便番号	
住所	
フリガナ 氏名	
電話	

特別養護老人ホームプレシヤス横浜 ショートステイ利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏名		男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日生	歳
-----	------------	--	-----	----------------------	---

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 施設や病院をすでに利用されている方はご記入ください。 施設名または病院名 _____ 所在地・担当者名 _____				
----	--	--	--	--	--

緊急時等 連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	②	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	③	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	

かかりつけ医	医療機関名	電話番号	科
			担当医
	医療機関名	電話番号	科
			担当医
	医療機関名	電話番号	科
			担当医

ケアマネジャー情報

事業所名	電話番号 FAX番号	フリガナ 担当者
------	---------------	-------------

希望理由 (利用者・家族)	
---------------	--

送迎希望 (有・無)	送迎時、訪問介護利用 (有・無)
------------	------------------

希望頻度 月 回 ※ 1回 泊 日くらい	備考 (希望曜日など)
----------------------------	-------------

ご利用者様の状況等

介護度	支援1	支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	区変中
負担割合	1割	2割	3割	申請中					
負担限度	1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階	申請中	生活保護		
歩行状況	独歩	杖	手引き	車椅子	リクライニング	その他：			
お食事 状況	常食	軟飯	お粥	ペースト	制限等				
	常食	一口大	刻み	極刻み					
既往歴	認知症	脳梗塞	脳出血	心不全	心筋梗塞	狭心症	高血圧	糖尿病	てんかん
	腎不全	肝炎	鬱	統合失調症	癌	それ以外：			
医療ニーズ	インスリン注射		胃・腸ろう		吸引	ストマ	酸素吸入	TPN	
	褥瘡	経鼻栄養	透析	疼痛コントロール	それ以外：				
特記事項									

これまでの生活歴、家族構成（家族の介護状況・問題点など）

その他