

ショートステイさくらの舞 利用申込書

継続・再開（新規の場合は裏面をご利用ください）

申込日 平成 年 月 日

● 利用者情報

| | | | | | |
|------|----------------------|--------|-------|---|---|
| フリガナ | | 男・女 | | | |
| 氏名 | | | 明・大・昭 | 年 | 月 |
| 住所 | 〒 - | | | | |
| 介護保険 | 要介護度 支1・支2・1・2・3・4・5 | 被保険者番号 | | | |

● 希望利用期間

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------|-----|------|----|---------|---|----|---|---|------|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 |
| 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 |
| 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 |
| 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日（ ） | 時 | 分 |
| キャンセル待ち | 希望しない・希望する（ ） | | | | | | | | | | | |
| 送迎希望 | 入所迎え希望 | 無・有 | | 時間 | AM / PM | 時 | 分 | | | | | |
| | 退所送り希望 | 無・有 | | 時間 | AM / PM | 時 | 分 | | | | | |
| 備考 | （送迎場所など特記事項） | | | | | | | | | | | |

（ご要望、再開時にご利用者の変化等があればご記入ください）

● 発信者

| | | | |
|------|---------|------|-----|
| 事業所名 | | 担当者名 | |
| 連絡先 | TEL () | FAX | () |

ショートステイさくらの舞

TEL : 058-268-0039

FAX : 058-268-0040

メールアドレス : watanabe@sakurayuki.or.jp



（ファックスの場合はこのままご送信ください）

ショートステイさくらの舞 利用申込書

新規（継続の場合は裏面をご利用ください）

申込日 平成 年 月 日

● 利用者情報

| | | | |
|------|----------------------|--------|------------------|
| フリガナ | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 介護保険 | 要介護度 支1・支2・1・2・3・4・5 | 被保険者番号 | |

● 希望利用期間

| | | |
|------------------|----------------|------------------|
| 平成 年 月 日 () 時 分 | ～ | 平成 年 月 日 () 時 分 |
| 平成 年 月 日 () 時 分 | ～ | 平成 年 月 日 () 時 分 |
| 平成 年 月 日 () 時 分 | ～ | 平成 年 月 日 () 時 分 |
| キャンセル待ち | 希望しない・希望する () | |
| 送迎希望 | 入所迎え希望 無・有 | 時間 AM / PM 時 分 |
| | 退所送り希望 無・有 | 時間 AM / PM 時 分 |
| 備考 | (送迎場所など特記事項) | |

● 現在の状況

| | |
|-----|--|
| 食形態 | |
| 排泄 | |
| 移動 | |
| 認知症 | |

● 緊急連絡先

| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 自宅・携帯・勤務先等 | 電話番号 |
|-------|----|----|------------|------|
| | | | | |

● 心身状況

| | | | | |
|-------|--|--|-----|--|
| 医療情報 | 病院名 | | 担当医 | |
| | 既往歴 | | | |
| | 現病歴 | | | |
| | 特記事項 | | | |
| 特別な医療 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 (1日 回) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 吸引 (1日 回) <input type="checkbox"/> 精神疾患 | | | |

● ご担当者

| | |
|-------------|---------|
| 事業所名 | 担当者名 |
| 連絡先 TEL () | FAX () |

ショートステイさくらの舞

TEL : 058-268-0039

FAX : 058-268-0040

メールアドレス : watanabe@sakurayuki.or.jp

(新規ご利用の場合はお手数ですが一度ご連絡お願い致します。)