

# ショートステイ申込書

平成 年 月 日

ショートステイご利用に際しまして、申込書のご記入をお願いいたします。

ご記入になられましたら、下記番号へファックスまたは、お電話をお願いいたします。

氏名	ふりがな		男・女	介護認定		
				自立	要支援	1・2
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		要介護 1・2・3・4・5			
住所						
電話番号	( )					
緊急連絡先	氏名		続柄			
	住所		電話	( )		
入所予定日	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分			迎方法予定	家族・施設	
退所予定日	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分			送方法予定	家族・施設	
食事	平成 年 月 日 (朝・昼・夜)～平成 年 月 日 (朝・昼・夜)					
食事形態	主食	普通・おにぎり・粥 ( 分)・ミキサー・その他 ( )				
	副食	普通・刻み (粗・極)・ミキサー・その他 ( )				
ADL状況	移動	食事	入浴	更衣	排泄排泄	意思伝達
	A・B・C・D	A・B・C・D	A・B・C・D	A・B・C・D	A・B・C・D	A・B・C・D
	A:自立 B:見守り C:一部介助 D:全介助					

医療機関名		主治医	
所在地		電話	( )
既往歴			
疾患名			
服薬			
健康状態			
備考	利用理由など、		
介護支援事業所		電話	( )
担当者			

**ご持参品  
について**

健康保険証 着替え 上履き 現在服薬中の薬

その他に必要なもの・洗面用具・タオル・おむつ・など

☆持ち物には必ずお名前を書いて下さい。

ファックス受付後、当施設より連絡させていただきます。

福岡県住宅型有料老人ホーム

**心・し・あ・わ・せ・楽園 春日**

ファックスでのお申し込みは、

お問い合わせは、

**FAX 092-581-3561**

**☎ 0120-782-556**

【お客さま相談室】担当：中山までご連絡ください。