

ケアホーム練馬 ショートステイ申込書

月分利用申込書(新規 ・ 再利用)

事業所番号	
施設名	ケアホーム練馬
FAX	03-6311-7001
TEL	03-6311-7000



支援事業所番号	
事業所名	
担当者	
FAX	
TEL	

利用者名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日
	様		M・T・S 年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号	電話番号 ()		
介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
被保険者番号	介護保険負担限度額証	有 ・ 無 ・ 申請中	
生活保護	有 ・ 無		
主介護者名	続柄()	電話番号 ()	
申し込み理由			
利用希望日	① 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
	② 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
	いつでも可 (但し、上旬 ・ 中旬 ・ 下旬 頃に 日間程度)		
	送迎希望 有 ・ 無 ・ 家族送迎 ()		

現病名 既往歴	感染症 有 ・ 無		
医療行為	有 ・ 無	経管栄養(胃ろう・鼻腔) ・ インスリン ・ 在宅酸素 ・ 褥瘡 ・ ストマ ・ 吸引 疼痛コントロール ・ バルン ・ その他()	
移動	自立 介助(見守り・一部介助・全介助) 杖(有・無) 車椅子(自操・介助) 歩行器 転倒歴(有・無)		
排泄	自立 介助 * 必要物品(尿器・トイレ) * リハパン・パット・オムツ・普通の下着		
食事	自立 介助(見守り・一部介助・全介助) 主食() 副食() その他禁止食等()		
認知症	徘徊 帰宅願望 不潔行為 介護拒否 暴言・暴行 大声を出す その他()		

* 再利用の方の記入は状態に変化が無ければ省略していただいて構いません

施設 返信欄	利用可否	可	否	キャンセル待ち	
	利用可能日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()			
	入所時間	午前 ・ 午後	退所時間	午前 ・ 午後	
	送迎	可	否	家族送迎	
	備考				