

こぶしえん ショートステイ利用申込書

【継続利用・初回利用・キャンセル待ち】

令和 年 月 日

		被保険者番号			
フリガナ		性別	介護度	生年月日	
ご利用者名	様	男・女		M T S	年 月 日(歳)
ご利用者住所				電話番号	
緊急連絡先1	フリガナ			続柄	電話番号
	氏名	様			
緊急連絡先2	フリガナ			続柄	電話番号
	氏名	様			
負担限度額 認定証	段階 ○をして下さい	1	2	3	なし
		負担割合 ○をして下さい		1割	2割 3割

居宅介護 支援事業所	事業所名				
	ご担当者			事業所番号	
	住所				
	電話番号			FAX番号	

第1希望	年 月 日 ()		～	年 月 日 ()		
第2希望	年 月 日 ()		～	年 月 日 ()		
第3希望	年 月 日 ()		～	年 月 日 ()		
送迎希望	迎 あり・なし / 送 あり・なし		ステップ乗車	できる できない		
ADL状況	入浴	個別浴	リフト浴	特殊浴	入浴介助	自立 一部介助 全介助
	歩行	自立	一部介助	全介助	自助具	杖 歩行器 車椅子
	排泄	自立	一部介助	全介助	オムツ類	パット リハビリパンツ オムツ
	食事	自立	一部介助	全介助	認知症の程度	なし 軽度 中度 重度
	食事形態	常 軟飯 粥 ペースト / 常 一口 刻み 極刻み ペースト / 禁止食()				

その他特記事項