介護保険サービス利用申込書（つつじ荘ショートステイ）

年　　月　　日

このFAX用紙は、申し込み結果の返信用としても使用させていただきます。
月初めの**最初の平日**にFAXにて申し込みを受付けています。
後日、FAXにて予約の結果をお知らせします。
月またぎでの連休がある月等は前月からの継続予約をお願いする場合があります。

ショートステイ
担当　梅津（うめつ）

上中里つつじ荘　FAX　5390-6035
TEL　5390-6003

ふりがな	
利用者氏名	性別（ 男 ・ 女 ）
住所	東京都北区
生年月日	M ・ T ・ S　　年　　月　　日　（　　歳）
要介護状態区分	要支援（ 1 ・ 2 ）　　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
家族の名前	続柄（　　）
家族の住所	
家族の電話番号	TEL　　携帯電話番号
担当事業所名 担当事業所番号	
事業所電話番号	TEL　　FAX
ケアマネの名前	
利用希望日	第1希望　（　月　日　～　月　日）　送迎（ 有 ・ 無 ）
第2も記入	第2希望　（　月　日　～　月　日）　送迎（ 有 ・ 無 ）
いつでも可の場合	希望日無し（　　泊希望　）　送迎（ 有 ・ 無 ）
既往歴・特記事項を記入願います	
視力・聴力・麻痺等	
認知症について	（ 有 ・ 無 ）　（ 大声 ・ 奇声 ・ 帰宅願望が 有 ・ 無 ）
食事	（ 自力 ・ 介助 ）　禁止食
排泄	（ トイレ ・ オムツ ）
移動時	（独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子）　徘徊（ 有 ・ 無 ）
申し込み上の注意	**初回利用の方は原則2泊3日とさせていただきます。** **医療行為のある方（O2、インスリン、胃ろう、ストマ等）は受け入れ体制が、** **整い次第行っていきます。ご不便をおかけしますがよろしくお願い致します。** **2回目以降の利用の方を対象に土、日利用を開始します。** **土、日、祝日のまたぎ利用も可能とします。ただし、体調不良時も同様に** **送迎できる方のみになります。** **※土、日、祝日の入退所は、ご家族が送迎できる方のみ可能とします。** **新規入所時はご家族の方の付き添いをお願い致します。**

ご予約が（　　月　　日 ～　　月　　日 ）で確定しました。