□ 新規　　□ 再　**青葉台さくら苑　ショートステイ申込書**　令和　　年　　月　　日

支援事業所番号及び事業所名							
担当者							
TEL・FAX		TEL ：			FAX ：		
利用者情報	氏名（フリガナ）	男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日生（　歳）			
	住所	〒　丁目　番　号					
	要介護度	要介護　1・2・3・4・5	区変中	認定期間	～	負担限度額認定証	1・2・3・4
		要支援　1・2	／　付	負担割合	1・2・3	目黒区限度額証	有・無・申請中
	主介護者氏名	関係（　）	連絡先	自宅　携帯			
	家族状況	同居　独居　高齢者世帯　その他（					
	申込理由	介護者の（休養・病気・冠婚葬祭）・本人の希望・その他（					
身体状況	移動	歩行（自立　つたい歩行　介助）　杖（有　無）　車いす（自操　介助）　歩行器					
		転倒の可能性（大　中　小）　その他注意点					
	排泄	自立　介助（見守り　一部介助　全介助）		その他注意点			
		ポータブル　リハパン　オムツ　パット　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（　）					
		その他注意点　糖尿食　減塩食　禁食（魚・卵・そば				療養食加算	
		水分制限：無・有（　）　義歯：無・有（　）				有　無	
	入浴形態	個浴　一般浴　機械浴　：　介助の内容（　）					
	視力・聴力	視力（　）　聴力（					
	認知症	短期記憶低下　問題行動　徘徊　同じ話の繰返し　暴言　興奮　昼夜逆転　物取られ妄想					
		意志疎通（　）　その他（　）					
	現病名		感染症	有　無（　）			
	医療処置	有　無（　）	エアーマット使用	有　無			
		かかりつけ医　電話番号					
	その他	コロナワクチン：　未接種・____回目接種済み	身長：　cm　体重：　kg				
利用希望日	居室の希望	個室　多床室　どちらでもよい					
	第1希望	令和　年　月　日（　）～　日（　）　【　泊　日】					
	第2希望	令和　年　月　日（　）～　日（　）　【　泊　日】					
	希望なし	いつでも可　／　（ただし　月　上・中・下旬 頃に　泊　日くらいで）					
	キャンセル待ち	希望する　希望しない	送迎希望	有・無			
	備考						
施設返信欄	利用可否	可・否	否の場合、キャンセル待ちについて	キャンセル待ち　可・不可			
	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	AM／PM　：　（自宅お迎え）	退所時間	AM／PM　：　（自宅到着）			
	送迎	可・否・その他（　）	居室	個室・多床室			
	備考						
お問い合わせ	青葉台さくら苑　担当：相談課　TEL：03－3791－3503　FAX：03－3791－3504						