

ショートステイ申込書

平成 年 月 日

氏名				男・女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)					
住所						
電話	()					
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					
退所予定日	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分					
迎方法予定	家族・施設		送方法予定	家族・施設		
食事	平成 年 月 日 (朝・昼・夕) ~ 平成 年 月 日 (朝・昼・夕)					
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 (荒・極)・ミキサー・その他 ()				
ADL 状況	移動	食事	入浴	更衣	排泄	意志伝達
	a・b・c・d	a・b・c・d	a・b・c・d	a・b・c・d	a・b・c・d	a・b・c・d
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				皮膚疾患	有・無 ()	
備考 (利用理由等)						
介護支援事業所	()					
担当者						

a : 自立 b : 見守り c : 一部介助 d : 全介助

特別養護老人ホーム 高喜苑

TEL099-284-8253 FAX099-284-8255