

# 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