

ショートステイ利用申込書（初回用）

年 月 日

私は聖ヨゼフホームのショートステイを下記の通り申し込みます。

利用期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（日間）				
利用者	住所		電話:	
	氏名		年齢: 歳 性別 男・女	
現在の状況	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	視力	普通・弱視・難	麻痺	無・有(麻痺の箇所:)
	聴力	普通・やや難・難	移動	自立・杖使用・一部介助・車椅子・寝たきり
	床ずれ	有・無	着脱衣	自立・一部介助・全介助
	言語の表現及び理解	普通・やや難・難	食事	自立・一部介助・全介助
		普通・やや難・難	食事形態	普通食・その他()
	排泄	自立・一部介助・全介助・おむつ使用・その他()		
	認知症	無・有(症状を記入してください)		
第一連絡先	氏名		電話 携帯電話	
	住所		続柄	
第二連絡先	氏名		電話 携帯電話	
	住所		続柄	
居宅介護支援事業者名		電話:	Fax: 担当:	
かかりつけの医療機関		電話:	主治医	
現在の疾患名				
服薬	無・有(薬名・回数)			
お世話するにあたって留意すること				