

サニーヒル板橋 ショートステイ申込書

新規利用 ・ 再利用 ○印をお願いします。

令和 年 月 日

ご利用者 氏名	(フリガナ)	生年月日
		T・S 年 月 日
		( ) 歳
		性別： 男 女
ご住所 <small>※新規利用の方のみ</small>	〒	電話番号
介護度	支1 支2 1 2 3 4 5 更新中 申請中	
負担割合： 1割 2割 3割 負担限度額認定： 無 有 ( 段階)		

ご家族様 (緊急連絡先)	(フリガナ)	TEL
		続柄
ご住所	〒	

ご担当ケアマネ様 事業所/お名前	事業所名	電話：
	お名前	FAX：

ご希望日程 1	ご希望日程 2	ご希望日程 3
/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
施設送迎 有 無	施設送迎 有 無	施設送迎 有 無

身体状況	
【食事】 主食 ( 常食 粥 ミキサー おにぎり ) 副食 ( 常食 一口大 刻み ミキサー )	
【排泄】 (日中) 自立 一部介助 全介助 ( 布パンツ リハパン パット オムツ )	
(夜間) 自立 一部介助 全介助 ( リハパン パット オムツ Pトイレ )	
【移動】 自立 見守り 付き添い 全介助 【介助具】 杖 歩行器 車いす	
既往歴・現病歴	
(現病歴)	(既往歴)
【医療行為】 無 ・ 有 ( )	
※お薬情報がありましたら、申込書と一緒にご送付ください。	

(返信欄)	ご希望通りお受けします	下記の通りご提案いたします