

新規 再

ショートステイ申込書（世田谷区共通様式）

令和 年

施設名	等々力の家
担当者	ショートステイ担当
FAX	03-5752-0041
TEL	03-5752-0030

申込日
月 日
結果通知
月 日
← →

支援事業所番号 及び事業所名	
担当者	
FAX	
TEL	

利用者情報	ふり 氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生(歳)	
	住所	〒 世田谷区	丁目	番	号	
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	被保番		負担段階	1・2・3・4
	申込者名	関係()	緊急連絡先	TEL	Fax	
	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 ポータブル リハパン オムツ パット 普通の下着			
		その他注意点			
	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			
		その他() 有 無			
	入浴形態	個浴 一般浴 機械浴 : 介助の内容()			
認知症	認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
	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 その他()				
現病名	伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む				
医療処置	有 無 []			エアーマット使用	有 無
				その他	

居室の希望	個室 多床室 どちらでもよい
第1希望	平成 年 月 日() ~ 日() 【泊 日】
第2希望	平成 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 備考
送迎希望	有 無 入所希望時間 AM/PM : 退所希望時間 AM/PM :

注:(施設内の事故防止のため、面談時に記入情報が現況と著しく違うと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

施設返信欄	①利用可否	可 • 否	②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
	③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()		
	④入所時間	14:30 ~ 15:30	⑤退所時間	13:30 ~ 14:30
	⑥送迎	送迎は行っておりません。		
	⑦備考			