

☐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	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	ショートステイ担当		担当者	
FAX	03-5752-0041		FAX	
TEL	03-5752-0030		TEL	

利用者情報	ふりがな氏名	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				
利用希望日	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				