

※一用紙につき、一期間の  
お申込でお願いします。

フォーユーショートステイ淡路 申込書

☐新規 ☐再

事業所番号：1370101352	
担当者	島村 ・ 澤畠
TEL	03-5298-6028
FAX	03-5298-6029

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	
TEL	
FAX	

利用者様情報	ふりがな氏名			男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生( 歳)	
	住 所	(〒 ) 区					
	要介護度	区変中・支1・支2・1・2・3・4・5		被保番			
	負担段階	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割		負担限度額認定証	なし／1 段階／2 段階／3 段階		
	主介護者	／関係：( ) 固定電話 / 携帯電話					
	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 なし)		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 見守り 一部介助 全介助 / 食事形態：主食( ) 副食( )					
		その他注意点 糖尿食 減塩食 禁食(魚・卵・そば・納豆・グレープフルーツ・他： )					
		その他( )					
	入 浴	個浴 車椅子浴 : その他の注意点( )					
	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					
		周辺症状 被害的 感情不安定 昼夜逆転 大声 介護抵抗 収集癖 帰宅願望 徘徊 幻聴 幻視 異食 その他( )					
現病名					感染症	なし・あり( )	
医療処置	有 無				エアーマット使用		有 無
	〔 〕				その他		
利用希望日	希 望 日	20 年 月 日( ) ~ 20 年 月 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		送迎希望	有 無		

※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ふと認められる場合は、利用を見合わせる場合もございます。

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	20 年 月 日( ) ~ 20 年 月 日( )				
	④入所時間	原則 午後 施設着		⑤退所時間	原則 午前 施設発	
	⑥送 迎	可 否 その他( )				
	⑦備 考					

