

特別養護老人ホームひかり苑 ショートステイ利用 申込書

令和 年 月 日

ご利用者 氏名	ふりがな		大・昭 年 月 日	
			男 ・ 女 (才)	
住 所			TEL	—
介護度	支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	認知症高齢者の 日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
歩行状態	自立・伝い歩き・杖・車椅子・その他()		乗降車動作	自立 ・ 一部介助 ・ 車イス使用
食事形態	常食 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ・ ご飯 ・ お粥		食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
アレルギー	有() ・ 無	咽込み	毎回あり ・ 時々あり ・ なし	
既往歴				
主治医	病医院名			
	主治医	先生		科
	TEL :	FAX :		
家族構成 ・ 緊急 連絡先	①	キーパーソン 氏名 :	[続柄 同居(有・無)]	TEL:
	②	氏名 :	[続柄 同居(有・無)]	TEL:
利用希望		年月日		送迎希望
	第一希望	年 月 日() ~ 月 日()		【第一希望】 施設送迎 往復 ・ 無 ・ 片道
	第二希望	年 月 日() ~ 月 日()		【第二希望】 施設送迎 往復 ・ 無 ・ 片道
	第三希望	年 月 日() ~ 月 日()		【第三希望】 施設送迎 往復 ・ 無 ・ 片道
	排泄の状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	入浴の状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 機械浴
備考	※ ご要望があればご記入ください			
介護支援 事業所			担当者名	
	〒			TEL () FAX ()

※ ADL表、薬情、介護保険証、診断書など、その他ご利用者様の情報がございましたら提供のご協力をお願いします。

特別養護老人ホームひかり苑

埼玉県川口市坂下町4-16-3

TEL: (048) 286-3000

FAX: (048) 286-3550