ショートステイ申込み書

依頼日:H　　年　　月　　日
事業所名:
TEL:
FAX:
ケアマネ:　　様

→

回答日:H　　年　　月　　日
特別養護老人ホーム　せせらぎ
TEL:　044－752－7755
FAX:　044－752－7754
担当: 権藤

←

フリガナ　　M ・T・ S

利用者名　　様　　女・男　　年　　月　　日生(　　歳)

郵便番号

住所

電話

要介護度　　支援1 ・支援2 ・介護1 ・介護2 ・介護3 ・介護4 ・介護5

認知症 :　　有 ・ 無　　※該当するものに〇をつけて下さい

その他　(　徘徊 ・異食 ・昼夜逆転 ・意思疎通困難 ・暴言 ・暴力 ・大声・独語 ・介護拒否　)

既往症

フリガナ

申込者名　　(続柄:　　) 男・女 (　　歳)

電話　　携帯電話

申込期間 :平成　　年　　月　　日 (　　) ～ 平成　　年　　月　　日 (　　)

送 迎 : なし ・ あり (往 ・ 復)

申込理由:

日程調整:　　可能(　　) ・ 不可

受付結果

申込期間 :平成　　年　　月　　日 (　　) ～ 平成　　年　　月　　日 (　　)

送 迎 : なし ・ あり (往 ・ 復)

申込理由:

日程調整:　　可能(　　) ・ 不可

受付結果

せせらぎ利用経験: あり (　　回目)・ なし (他施設経験あり・まったく初めて)

備考