

平成 年 月分 ショートステイ予約申込票

練馬区

※この予約申込票はFAX専用です。

平成 年 月 日

| | | | | |
|----------------|---|------------|-------------|-------------|
| 予約申込 施設名称 | | | | 新規利用者 専用 |
| フリガナ お客様氏名 | 様 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 居宅介護支援 事業者名 | | ケアマネ 氏名 | | |
| 電話 | | FAX | | |

| | | | | |
|------|--|-----------|----------------|---------------|
| 予約希望 | いつでも・上旬・中旬・下旬 | | 希望日数 | 日間程度 |
| | *日付を指定して予約をする場合は、その理由を下の欄に記入してください。 月 日() ~ 月 日()を含めて | | | |
| | *理由 | | 個室希望 | キャンセル 待ち希望 |
| | | | 有・無 どちらでもよい | 有・無 |
| 送迎希望 | 入所 | 自己・施設・その他 | 退所 | 自己・施設・その他 |
| | *送迎に関して特に希望がある場合は、この欄に記入してください。 | | | |

★以下の欄にお客様の身体状況等についてご記入ください。

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------|-------------|
| 移動状況 | 自立・一部介助・全介助・車いす使用 | 排泄 | 自立・一部介助・全介助 |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助 | 認知症状 | 有・無 |
| 生活上の 困難 (本人が困って いること) | 見当識障害(時・人・場所) | | |
| | 記憶障害(記憶・保持・想起) | | |
| | 行動障害 | | |
| その他 注意行動 | *現在、医療的ケアを受けている方は必ずご記入ください。 | | |

予約結果通知 _____ 月 _____ 日 _____ 施設担当者 _____

| | | |
|------|--------------------|---------------------|
| ご予約日 | 月 日() ~ 月 日() 日間 | キャンセル待ち |
| 送迎 | 入所(自己・施設・その他) 9時ころ | 退所(自己・施設・その他) 16時ころ |
| 連絡事項 | 利用 居室 | 個室・多床室 |