

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