

地域密着型介護老人福祉施設エクスポリアル ショートステイ利用申込書

申込日		年	月	日
ご利用者	ふりがな 氏名	男 女		明・大・昭 年 月 日生( 歳)
	住所	〒 TEL:		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( 1・2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1・2・3・4・5 )		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 TEL:		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	TEL:		
	<input type="checkbox"/> 病院・施設等	名称:	入院入所開始日:	
緊急連絡先	①氏名	(続柄)	TEL	自宅・勤務先 携帯
	②氏名	(続柄)	TEL	自宅・勤務先 携帯
	③氏名	(続柄)	TEL	自宅・勤務先 携帯
申込者	居宅介護支援事業所名			
	住所			
	担当者名			
利用希望日程		送迎		
<input type="checkbox"/> 施設で対応希望 <input type="checkbox"/> 施設で対応希望ご家族で対応(往・復)				
食事	摂食状況	自立・見守り・一部介助・全介助/ 箸・スプーン・フォーク・自助具		
	形態への配慮	不要・要(状況: )		
	アレルギー	無・有( )		
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ	夜間	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ
		尿便意: 有・無・不確実		尿便意: 有・無・不確実
その他配慮が必要なこと				