春輝苑　ショートステイ
利用申込書

申込者　　＊　該当事項等に〇印・□にレ印の記号を付けてください。

□　本人　□　家族	□ 指定居宅介護事業者		□その他
氏名（事業者名）		TEL　（　　）	
		FAX　（　　）	
〒　　－ 住　所			

1. 初回　　2.　2回目以降		申込日　平成　　年　　月　　日	
（ふ り が な）	性別	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日	
利用者　氏　名	男・女	TEL　（　　）	
利用者　住所　〒　　－			
連　絡　先		TEL	
氏　　名	（続柄:　　）	（　　）	
被保険者番号		保険者名	
要介護状態区分　要支援　1　2　経過的要介護　要介護　1　2　3　4　5		生活保護　有　・　無	
有効期限　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日			
介護保険負担限度額認定証（食費負担限度額）	300円　390円　650円　該当せず		
主治医氏名		診断名（病名）	
医療機関名			
利用希望期間	月　　日（　　）　から　　月　　日（　　）まで　　日間		
送迎のご希望	入所時のみ　退所時のみ　入退所時　希望しない		

日常生活の状況	視力	正常　・　不自由　・　まったく見えない　（眼鏡　有　・　無　）
	聴力	普通　・　大声で聞こえる　・　聞こえない　（補聴器　有　・　無　）
	会話	伝えられる　・　不自由だが伝えられる　・　伝わらない
	歩行	歩ける　・　手伝いが必要　・　歩けない　・（車椅子　・　杖　・　歩行器）を使用
	入浴	自分で入れる　・　手伝いが必要　・　入れない
	排泄	自分でできる　・　手伝ってもらう　・　全部手伝ってもらう（トイレ・ポータブルトイレ・オムツ）
	褥瘡	無　・　有（具体的に）
	着替え	自分でできる　・　手伝ってもらう　・　全部着替えさせてもらう
	食事	自分で食べられる　・　手伝ってもらう　・　食べさせてもらう　（入れ歯　有　・　無　）
	痴呆	無　・　有（具体的に）

＊記入不要	受付年月日	平成　　年　　月　　日	備考