

利用申込書（短期）

社会福祉法人 康陽会

特別養護老人ホーム J & B 施設長 殿

次のとおりショートステイ利用を申し込みます。

令和 年 月 日

ご家族	ふりがな 氏名			
	住所	〒	-	TEL ()
ご利用者様の状況	ふりがな 氏名			
	住所	〒	-	TEL ()
	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	家族構成	一人暮らし 夫婦二人 家族と同居 その他 ()		
	主治医			
	病名			
	医療行為を受けている場合、該当するものを○で囲んでください。		胃ろう・経管（鼻腔栄養）・在宅酸素・インスリン その他 ()	
	認知症の症状として該当するものをで囲んで下さい。	1. 記憶力の低下 4. 昼夜逆転 7. 収集癖	2. 理解判断力の低下 5. 徘徊 8. その他 ()	3. 見当意識の障害 6. 幻覚・妄想
担当 ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名	TEL ()	ご担当者：	
ご利用に際しての希望など（特に知らせておきたい事項等があればご記入下さい）				