

短期入所(介護予防短期入所生活介護)申込書

月分 (港区用)

申込先施設名	返信日	送信日	居宅支援事業所名
	/	/	
FAX番号			FAX番号
			担当者名

利用希望者に関する事項			
ふりがな 利 用 者 名	【 新規 ・ 継続 】		
住 所	(歳) 【 男 ・ 女 】		
電 話			
希望日 月 日 ~ 月 日 上旬、中旬、下旬 などと記入してください			・サン・サン赤坂、港南の郷の場合 個室を [希望する・希望しない・どちらでも可] ・サン・サン赤坂、港南の郷の場合 個室を [希望する・希望しない・どちらでも可] ・サン・サン赤坂、港南の郷の場合 個室を [希望する・希望しない・どちらでも可]
	送迎希望	入所時 有 ・ 無	退所時 有 ・ 無
身体状況	要介護度	要支援 1・2 ・経過的要介護 ・要介護1 ・2 ・3 ・4 ・5	
	移動方法	独歩・つたい歩き・杖・車椅子・ストレッチャー	
	認知症	なし・軽度・中程度・重度	
	徘徊	有 ・ 無	
	特記事項		
特別な医療	経管栄養・気管切開・高カロリー輸液(IVH)・インシュリン注射 在宅酸素・膀胱留置カテーテル・人工肛門・皮膚疾患・じょくそう		



回 答 欄				
(施設記入欄です)				
上記申込は				
予約となりました	予約日	月 日 ~ 月 日		
		多床室	個室	入所送迎
キャンセル待ちとなりました				
備考欄				

キャンセル及び重複申込時は至急連絡願います。