

ショートステイ ビハーラ横手 利用予約申込書

お申込日	平成	年	月	日
回答日	平成	年	月	日

申込先	
〒013-0821 横手市上境字谷地中139 社会福祉法人 相和会 ショートステイ ビハーラ横手 担当者 行	
電話番号	0182-35-6021
FAX番号	0182-35-6024

お申込者名	
事業所名	
お申込者名 <small>(介護支援専門員名)</small>	
お電話番号	
FAX番号	

被保険者番号		要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中	要支援	要介護
ご利用者名	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -	電話番号			
		利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階		

希望事項	(居宅介護支援事業所様記入欄)		(事業所記入欄)	
	①	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし()⇒		
	②	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし()⇒		
	③	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし()⇒		
	④	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし()⇒		
	⑤	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし()⇒		
居室希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い ()			
ご利用の理由				

※①初回利用の方、②半年以上、経過して利用される方については、下記の内容について情報提供願います。

ADLの状況	項目	状況			備考(使用している福祉用具等)
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 不可		
現在利用中の在宅サービス及び施設名	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(リハ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活(療養)介護 * 以前利用したことのある施設名を記入願います。				