

越谷なごみの郷 ショートステイ 利用申込書

(新規・継続・変更)

御利用者様		申込日		年	月	日
ふりがな	様		男	M・T・S		
利用者	様		女	年	月	日 (歳)
住所	〒		電話	-		
生活状況	1独居	2夫婦二人	3家族と同居	介護度	要支援1・要支援2 経過的要支・1・2・3・4・5	
日	移動	1独歩 2伝って 3介助にて 4車イス(自走・介助) 5寝ている				
常	食事	1自立 2一部介助 3全介助 (一般食 キザミ ミキサー 経管-鼻・胃)				
生	排泄	1布パンツ 2リハビリパンツ 3オムツ(昼夜・夜のみ) <自立・声掛け・誘導>				
活	認知	・なし ・失見当 ・短期記憶 ・うつ ・その他()				
主治医	病院 医院 クリニック		医師	負担限度額 認定証	有 ・ 無	

御家族様(キーパーソン連絡先)

ふりがな	様		本人との 関係	1家族(続柄)
介護者	様			2その他
住所	〒			
連絡先	日中 (携帯等)	①		
		②		
	夜間	①		

居宅介護支援事業所

名称				
電話 FAX	TEL	FAX		
担当者	ケアマネジャー 様			

希望内容

希望日	平成	年	①	月	日	~	平成	年	月	日
			②	月	日	~	平成	年	月	日
送迎	迎 有・家族		:	頃	送 有・家族	:	頃	送迎特記		
入浴	一般・特浴・無し							入浴特記		
申込理由・特記事項										

ご不明な点などございましたら下記までお気軽にご連絡ください

越谷なごみの郷 ショートステイ
〒343-0827 越谷市川柳町3-60-1
TEL048-987-0754 FAX048-987-0759