

平成 年 月分 ショートステイ予約申込票

練馬区

※この予約申込票は FAX 専用です。

平成 年 月 日

予約申込 施設名称	薬師堂ショートステイ			新規利用者 専用
利用者名				
		男 女		
居宅介護支援 事業者名		ケアマネ 氏名		
電話		FAX		

予約希望	いつでも・上旬・中旬・下旬	希望日数	日間程度	
	※日付を指定して予約をする場合は、その理由を下の欄に記入してください。			
	※理由		キャンセル 待ち希望	
			有 無	
送迎希望	入所	自己・施設・その他	退所	自己・施設・その他
	※送迎に関して得に希望がある場合は、この欄に記入してください。			

★以下の欄にお客様の身体状況についてご記入ください。

移動状況	自立・一部介助・車椅子使用・全介助	排泄	自立・一部介助・全介助
食事	自立・一部介助・全介助	認知状況	有 無
生活上の困難 (本人が困っ ていること)	見当識障害(時・人・場所)がわからない( )		
	記憶障害(記録・保持・想起)( )		
	行動障害(どんな様子ですか…)( )		
その他 注意行動	※現在、医療的ケアを受けている方は必ずご記入ください。		

予約結果通知

/

施設担当者

ご予約日	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	キャンセル待ち
送迎	入所(自己・施設・その他) 時ごろ	退所(自己・施設・その他) 時ごろ
連絡事項		