

障害福祉サービス 短期入所申込書

介護老人保健施設 西美濃さくら苑 様

平成 年 月 日

介護老人保健施設 西美濃さくら苑に利用の申込をします。

利用希望者	氏名	フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日生 歳				
	住所	〒							
	障害支援区分	申請中・区分1・区分2・区分3 区分4・区分5・区分6							
	障害児支援区分	申請中・区分1・区分2・区分3							
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
	指定特定相談支援事業者					担当者名			
申込者	氏名				年齢	利用者との関係			
	住所	〒							
		自宅電話 () -	勤務先名						
	携帯 () -	勤務先電話 () -							
家族状況 (申込者除く)	利用者と同居の家族氏名	年齢	続柄	職業	同居以外の親族	年齢	続柄	居住地	
理由	<input type="checkbox"/> 介護者都合 <input type="checkbox"/> 介護休養 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	希望内容	① 調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 西美濃さくら苑	<input type="checkbox"/> その他 ()				
② 調査時間		<input type="checkbox"/> 午前 (: 頃)	<input type="checkbox"/> 午後 (: 頃)						
③ 送迎		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない						
	④ その他	()							
	利用頻度	<input type="checkbox"/> 月数回	<input type="checkbox"/> 1~2ヶ月に1回	<input type="checkbox"/> その他 ()					
希望者の 心身状況	<input checked="" type="radio"/> 自分で歩くことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや不自由 (つたい歩き・杖・手押車・歩行器) <input type="checkbox"/> 不自由 車椅子 (操作可・操作不可)								
	<input checked="" type="radio"/> 自分で食事をすることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない <input type="checkbox"/> 経管栄養								
	<input checked="" type="radio"/> 自分でトイレに行くことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない								
	<input checked="" type="radio"/> お風呂に入ることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない								
	<input checked="" type="radio"/> 特徴的な行動 ()								