



予 約 申 込 書

日介ケアセンター花畑（短期入所介護・通所介護）

連絡／お問合せ：TEL 03-5851-3373 / FAX 03-5851-3378

新規利用	再 利 用	事業所番号	1372105385	平成	年	月	日
------	-------	-------	------------	----	---	---	---

事業所名称		担当者名	
事業所番号		電話番号	- -
事業所住所		FAX番号	- -

利用者氏名	ワカナ	性別	生年月日
		男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)

利用者住所	〒 -	電話	- -
-------	-----	----	-----

連絡先氏名	ワカナ	続柄	住所
			電話 - -

サービス利用内容	1. 短期入所生活介護（ショートステイ）（介護給付・予防給付） 利用希望日 月 日 () ~ 月 日 () (日間)		
	部屋タイプ	個室・多床室(2~4人部屋)	
	送迎希望	往路のみ・復路のみ・往復・希望無し	
	2. 通所介護（デイサービス）（介護給付・予防給付） 希望曜日：月・火・水・木・金・土 開始希望日：月 日 () ~ 入浴希望：無・有 () 送迎希望：無・有 ()		
3. 申込理由 休養・機能訓練・その他 ()			

利用者様について	要介護区分	要支援1・要支援2・経過的要介護 要介護1・2・3・4・5・更新中・新規申請中	介護保険被保険者番号
	認定日・期間	認定日 年 月 日 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	支払区分	①1割負担 ②生活保護 該当(負担者番号・受給者番号)・非該当・申請中	
		③介護保険負担限度額証 該当(第1段階・第2段階・第3段階)・非該当・申請中	
	主病名	④利用者負担額軽減確認 あり(軽減率 %・確認番号)・なし	
		※感染症 あり・なし ()	
	既往歴		
	主治医	医療機関名	医師名
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助(杖・歩行器・車イス)	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助(トイレ・ポータブル・オムツ・リハビリ・パット)	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(一般浴・機械浴)	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	嚥下：可・困難 ()
	食事内容	常食・粥食・キザミ食・流動食	治療食：なし・あり
	生活自立度(J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知自立度(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)		
※備考欄			

受入結果連絡	お申込みいただき、有難うございました。受入結果について、ご連絡いたします。 << >> ご利用いただくことになりました。 << >> 今回の申込は、残念ながらお受けできません。誠に申し訳ございません。 << >> キャンセル待ちとなります。空きベットができましたら、ご連絡いたします。
--------	---