



予 約 申 込 書

年 月 日

日介ケアセンター本木（短期入所介護・通所介護）

新規利用		再 利 用	
------	--	-------	--

 事業所番号 1372106052
 電話 03-5845-5700/FAX03-5845-5715

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	フリガナ	性別	住所〒	—
		男・女		

生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	利用者宅電話	— —
------	------------------	--------	-----

連絡先氏名電話	フリガナ	続柄	住所〒	—
	電話		携帯電話	— —

ショート	利用日 月 日() ~ 月 日()	部屋	個室 / 多床室
	利用日 月 日() ~ 月 日()		
	利用日 月 日() ~ 月 日()	送迎	不要 / 希望

デイ	希望曜日 月・火・水・木・金・土	入浴 不要 / 希望 ※入浴は2/Wまで可能
	希望開始 月 日 ()	

介護度	要支援 1・要支援 2・経過的要介護	介護保険 被保険者番号
	要介護 1・2・3・4・5・更新中・新規申請中	

認定期間	認定日 年 月 日	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
------	-----------	------------------

支払区分	① 割負担	② 生活保護 該当(負担者番号	・受給者番号
	③ 介護保険 非該当・申請中 負担限度額証 該当 (第1段階・第2段階・第3段階)	④ 利用者負担額 あり 軽減確認証 (確認番号	

主病名 既往歴	感染症 無・有 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA その他()
------------	--

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・リハパン・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

ショート 受入結果 連絡	お申込みいただき、ありがとうございます。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となりました。よろしくお願ひします。 《 》今回のお申込みについては、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した。空きベッドが出来ましたら、ご連絡いたします。
--------------------	---