

ショートステイひだまりの郷 利用申込書

フリガナ			
ご利用者名			
住所・電話番号	〒 —()—		
介護度	要支援【1・2】	要介護【1・2・3・4・5】	申請中
利用希望日			
利用希望理由			
家人不在日			
送迎の有無	施設送迎 ・ 家人送迎 ・ その他()		
希望居室	多床室 ・ 個室 ・ 希望なし		
事業者名		担当CM	
添付書類有無	有(フェイスシート・主治医意見書・認定情報) ・		無

※ 再利用の方は以下の項目に必ずチェックして下さい

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 以前のご利用に比べ状態変化がみられる。
<input type="checkbox"/> 再度事前面接に行った方が望ましい。
<input type="checkbox"/> 身体状況、精神状況は落ち着いている。
<input type="checkbox"/> 身体状況、精神状況が不安である。 | <input type="checkbox"/> 以前と状態に変わらない。
<input type="checkbox"/> 事前面接の必要はない。
<input type="checkbox"/> 特記事項
() |
|--|--|

その他・特記(他のサービス 利用状況・注意すべき点)	
-------------------------------	--

状態変化のあった方は利用者の身体的状況及び精神的状況が記入してある情報を添付して下さい。
 添付されている情報をもとに再度、面接、情報収集を利用者及び介護者から行っていきます。

利用期間・受け入れの決定については担当者の方に連絡させて頂く方向で、受け入れ調整させて頂きます。

受け入れ担当
 〒669-5242 朝来市和田山町宮田241
 医療法人社団 俊葉会ショートステイ ひだまりの郷
 生活相談員 清田 沙央理
 TEL:079-670-0055
 携帯:090-9284-8170
 FAX:079-670-0056

ひだまりの郷 処理欄

受付対応者： 受付日：H 年 月 日 受付方法：持込・郵便・FAX