

美晴らしの里ショートステイ申込書

申し込み日	年 月 日 ()		
ご利用者名	様		
ご住所			
電話番号			
介護保険情報	介護度		認定日
負担限度額段階		段階	有効期間
担当のケアマネジャー	様		
事業所名			

初回利用の方のみ記入をお願いします。

食事	自立 見守り 一部介助 全介助				形態	ご飯 粥 ペースト		
	制限		cal g cc			常食	刻み	ミキサー
	アレルギー							
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	尿導バルーン		ストマ	
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	エアーマット		ポータブル	
移動	自立	見守り	一部介助	全介助	褥瘡	有	無	

* 特記事項

申し込み希望日

第1希望	年 月 日 ~ 年 月 日			
	送迎		有 無	
第2希望	年 月 日 ~ 年 月 日			
	送迎		有 無	
第3希望	年 月 日 ~ 年 月 日			
	送迎		有 無	

ショート決定日

ショート申し込みを頂き有難うございました。今回のご利用日程は以下の通りです。

--	--

社会福祉法人 正心会 美晴らしの里

〒270-0145 流山市名都借1126

TEL04-7141-8822

FAX04-7141-8833

美晴らしの里ショート 担当