

ショートステイ ひだまりの杜 利用予約申込書

申込日 令和 年 月 日

申 込 先	
〒286-0044 成田市不動ヶ岡2012-3 社会福祉法人 大裕会 ショートステイひだまりの杜 担当者 行	
電話番号	0476-37-3117
FAX番号	0476-37-5020

お 申 込 者 名			
お申込者名		続柄	
住 所			
電話番号			

被保険者番号		要介護認定	☐ 申請中 (要支援) (要介護)	
ご利用者名	フリガナ 様	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	年齢
住 所	〒	性 別	☐ 男 ☐ 女	
電話番号		身長体重	身長 cm	体重 kg
		利用者負担段階	☐ 1段階 ☐ 2段階 ☐ 3段階 ☐ 4段階	
希 望 日 時	(ご家族様ご記入欄)			(事業所記入欄)
	例) 令和7年〇月〇日 () ~ 令和7年〇年〇日 () ☐ 送迎あり ☐ 送迎なし (備考)			
	① ☐ 送迎あり ☐ 送迎なし (備考)			
	② ☐ 送迎あり ☐ 送迎なし (備考)			
	③ ☐ 送迎あり ☐ 送迎なし (備考)			
	④ ☐ 送迎あり ☐ 送迎なし (備考)			
ご利用の理由				

※初回利用の方、初回利用後1ヶ月経過して利用される方については、下記の内容について情報提供願います。

ADLの状況	状 況	備 考 (使用している福祉用具等)
	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	意思疎通	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	介護拒否	☐ ある ☐ ない
	夜間オムツ対応	☐ 可 ☐ 不可
現在利用中の 住宅サービス 及び施設名	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 (リハ)	
	☐ 短期入所生活(療養)介護 ・ 以前利用したことのある施設名を記入願います。	
医療情報	医療機関名・診療科目	主治医
既往歴 怪我含む	時期：医療機関名	薬情報
		緊急搬送先名 電話番号