

# 短期入所利用申込書

FAX : 03-3899-3085

ル・ソラリオン西新井

宛

新規

再利用

変更

申込者	支援事業者番号	.....	電話番号		
	支援事業所名		FAX		
	担当者名		E-mail		
申込利用者	フリガナ		生年	明治 大正 昭和	
	氏名	.....	月日	年 月 日	
			性別	男 ・ 女 歳	
	住所	〒 .....	電話番号		
	キーパーソン	(続柄: )	緊急連絡先		
	介護保険情報	被保険者番号	.....	保険者名	
		介護度	要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5 区変・申請中		
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		介護保険負担限度額認定証	有・無・申請中	負担割合	割 生活保護受給 有 無
	予約期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 日間			
送迎希望	行き 帰り なし(家族対応) 希望時間 ( )				
主治医氏名		診断名(病名)			
医療機関名					
医療行為	なし ・ あり ( )				
認知症	なし ・ あり ( 軽度 ・ 中度 ・ 重度 )				
BPSD	徘徊 ・ 暴力 ・ 暴言 ・ 奇声 ・ 昼夜逆転 ・ その他 ( )				
備考					

ル・ソラリオン西新井 記載欄	
短期入所介護計画書	有・無
短期入所介護計画書変更の必要性	有・無
現在のプランに基づくサービス提供への同意	有・無
確認:	年 月 日 確認者: