

ドッポケアホーム 宝来 ショートステイ 利用申込書

ドッポケアホーム 宝来 ショートステイ 管理者殿

下記の内容にて貴施設への本申込を致します。

写真貼付欄

スナップ写真可
カラー写真可

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

利用希望者氏名 <small>フリガナ</small>	⑩	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	()	ご家族携帯	

障害者手帳	1. 身体障害者手帳 (級) (部位)		
	2. 精神保健福祉手帳 (級) 3. 療育手帳 (マルA ・ A ・ B ・ C)		
障害程度区分 認定の有無	1. あり (区分 1 2 3 4 5 6) 2. なし 3. 申請中		
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
短期入所(ショートステイ) の受給決定の有無	1. あり 2. なし 3. 申請中		

現在の状況	1. 自宅 2. 入院中 (病院名) 3. その他 ()		
病名・障害名			
既往歴			
かかりつけ病院名		担当医	
内服中の薬 (全て記載下さい)			

日中活動	1. 生活介護 2. 就労関係事業所 3. 現在は活動していない 4. その他 ()		
------	--	--	--

申込み理由	

特記事項	
------	--

ご本人の様子	食事	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. その他
	排泄	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. その他
	入浴	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. その他
	余暇の過ごし方	1. 自立	2. 一部に付添必要	3. 全て付添必要	4. その他
	コミュニケーション	1. 自立	2. 一部管理必要	3. 全て管理が必要	4. その他

ご家族状況	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

身元引受人	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

当施設からの連絡先	1. 本人 2. 身元引受人 3. その他 (
-----------	-------------------------------

(申込時の注意事項)

※この利用申込書のほかにかかりつけ医の意見書が必要な場合があります。(当施設の指示による)

※この利用申込書の提出をもって、利用が決定するものではありません。後日、アセスメント(聞き取り調査) を行い現在の症状や生活の状況等を勘案したうえ、入居の決定をいたします。

上記のとおり、記載事項に相違ありませんので利用の申し込みを致します。

この申込書が、事実と相違したり、利用不可と判断された場合には、申込を取消されても異議のないことを誓約いたします。また、貴施設が入居希望者を円滑に支援するため、かかりつけの病院や行政関係機関等に情報の提供を求めたり、この申込書記載事項の情報を開示することに同意致します。

同意欄	平成 年 月 日 利用希望者氏名	㊟
-----	------------------------------	---