

ショートステイやわらぎ・西立川 短期入所生活介護利用申込書

申込日時	平成 年 月 日
希望利用期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
送迎希望 (チェックをつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 家族にて迎え <input type="checkbox"/> やわらぎの迎えを希望 (午前・午後)
	<input type="checkbox"/> 家族にて送り <input type="checkbox"/> やわらぎの送りを希望 (午前・午後)
申込者	事業者名
	担当者名
	〒 -
	住所
	TEL

《利用者欄》

氏名		男 女
生年月日	M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 -	
	TEL	
連絡先	氏名	本人との関係 ()
	住所	〒 -
		TEL

《利用者概況》

要介護度		病名	
歩行			
食事			
排泄			
入浴			
問題行動等			
その他 (医療情報等)			

*感染症の有無がわかるものがあれば添付してください (主治医意見書、情報提供書等)