



予 約 申 込 書

日介ケアセンター本木 (短期入所介護 ・ 通所介護)

連絡/お問合せ : TEL 03-5845-5700 / FAX 03-5845-5715

新規利用	再 利 用	事業所番号	1372106052	平成	年	月	日
事業所名称		担当者名					
事業所番号		電話番号	-	-			
事業所住所		FAX番号	-	-			

利用者氏名	ワカナ	性別	生年月日
		男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)
利用者住所	〒 -	電話	- -
連絡先氏名	ワカナ	続柄	住所
			電話 - -

サービス 利用内容	1. 短期入所生活介護 (ショートステイ) (介護給付 ・ 予防給付)	
	利用希望日 月 日 () ~ 月 日 () (日間)	
	部屋タイプ	個室 ・ 多床室 (2~4人部屋)
	送迎希望	往路のみ ・ 復路のみ ・ 往復 ・ 希望無し
サービス 利用内容	2. 通所介護 (デイサービス) (介護給付 ・ 予防給付)	
	希望曜日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
	開始希望日 : 月 日 () ~	
	入浴希望 : 無 ・ 有 ()	
サービス 利用内容	送迎希望 : 無 ・ 有 ()	
	3. 申込理由 休養 ・ 機能訓練 ・ その他 ()	

利用者様 について	要介護区分	要支援1・要支援2・経過的要介護 要介護1・2・3・4・5・更新中・新規申請中	介護保険被保険者番号
	認定日・期間	認定日 年 月 日 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	支払区分	①1割負担 ②生活保護 該当(負担者番号 ・ 受給者番号)・非該当・申請中	
		③介護保険負担限度額証 該当(第1段階・第2段階・第3段階)・非該当・申請中	
	支払区分	④利用者負担額軽減確認証 あり(軽減率 % ・ 確認番号)・なし	
	主病名		
	既往歴		
	主治医	医療機関名	医師名
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助(杖・歩行器・車イス)	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助(トイレ・ポータブル・オムツ・リハビリ・パット)	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(一般浴 ・ 機械浴)	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	嚥下 : 可 ・ 困難 ()
食事内容	常食 ・ 粥食 ・ キザミ食 ・ 流動食	治療食 : なし ・ あり	
生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			
※備考欄			

受入結果 連絡	お申込みいただき、有難うございました。受入結果について、ご連絡いたします。 << >> ご利用いただくことになりました。 << >> 今回の申込は、残念ながらお受けできません。誠に申し訳ございません。 << >> キャンセル待ちとなります。空きベットができましたら、ご連絡いたします。
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------