

ショートステイ申し込み連絡票

新規 ・ 継続

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	M・T・S			男・女
利用者氏名	様		年	月	日	
住 所	TEL 携 帯					
利用申込者 (身元引受人)	TEL 携 帯					
利用希望日	令和 元年 月 日 () ~ 令和 元年 月 日 () AM・PM AM・PM					
利用理由						
利用予定日	令和 元年 月 日 () ~ 令和 元年 月 日 () AM・PM AM・PM					
事業所名 担当ケアマネ			TEL			
			FAX			

個人情報

要介護度 (要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

障害高齢者の日常生活自立度 (正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)

認知症高齢者の日常生活自立度 (正常 I II a II b III a III b IV M)

認知症 有りの場合 問題行動 無 有 (例)

特記事項

担当ケアマネージャー様

受け入れ検討の結果下記の通り決定しましたので、連絡いたします。

希望通りの日程でお受けできます。

受け入れ可能日 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

上記日程周辺では、空床がありません。キャンセル待ちに入れさせていただきます。

スマイルハウス (Tel) 048-878-2922 (Fax) 048-878-2993 担当 金澤 育子

担当ケアマネーfax (連絡票) →スマイルハウス→fax (連絡票) →担当ケアマネーfax (提供票) →スマイルハウス

※太線内は施設側記入