

# 特別養護老人ホームアクイール(ショートステイ) 新規利用受付票

平成 年 月 日

ふりがな				男・女	年齢		歳	
利用希望者	イニシャルで結構です							
住所	番地は記載しなくて結構です							
介護度	申請中	要支援1	要支援2	要介護1	2	3	4	5
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日							
利用希望日	月 日～ 月 日			月 日～ 月 日				
送迎時の注意点	玄関の段差	あり・なし	スロープ	あり・なし	送迎希望	あり・なし	その他	
本人様の要望				希望の 部屋	個室・二人部屋・四人部屋			
家族の要望								
食事形態	主食(常食・軟飯・粥・ペースト) 副食(常食・きざみ・極刻み・ペース)							
移動手段	自立・杖歩行・車椅子 (福祉用具使用の有無)杖・四点杖・ピックアップ式・シルバーカー							
排泄状況	自立・見守り・一部介助・全介助		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・希望なし				
特別な医療	酸素・スタマ・パルーン・インスリン・その他 ( )							
既往歴								
<b>居宅支援事業者名</b>								
事業者名				事業者番号				
ケアマネジャー								
住所			電話番号			FAX		
<b>備考</b>								
特別養護老人ホームアクイール FAX 04-7165-6512 担当者 服部 剛志 金井 雄司 契約時に必要な書類をご用意下さい (アセスメントシート・介護保険証・調査の写し・ケアプラン)								