ＦＡＸ送信票　（ＦＡＸ４８－５４４６）　□口頭受付

リビングハウスおおはら短期入所生活事業　利用予約票

申込日	令和　年　月　日
事業所名	
担当介護支援専門員氏名	様
連絡先	（　　）
ＦＡＸ	（　　）

下記のとおり利用予約いたします。

ご利用者様氏名	(ふりがな) 様		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日
			年齢	歳
ご利用者様住所	〒			
ご利用者様連絡先	電話　（　　）　携帯　（　　）			
介護保険認定等情報	被保険者番号			
	介護度等	要支援１・２　要介護１・２・３・４・５		
	認定日	令和　年　月　日		
	有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
	認知症自立度		障害者自立度	
ショート利用期間（ご自宅到着時間）	**迎え** 令和　年　月　日 午前・午後　時　分	迎え希望 有・無	**送り** 令和　年　月　日 午前・午後　時　分	迎え希望 有・無
身体状況	歩行	・つかまらないで可　・つかまって可（杖、その他　） ・できない（自力で車イス・介助で車イス・その他　）		
	食事	・自立・一部介助（具体的に　）・全介助（具体的に　）		
	排泄	昼：自立・一部介助（具体的に　）・全介助（具体的に　）		
		夜：自立・一部介助（具体的に　）・全介助（具体的に　）		
医療的ケアの状況	経管栄養・たんの吸引・人工肛門・インシュリン注射・カテーテル留置・酸素療法・褥瘡治療・胃ろう・その他（具体的に　）			
備考（特記事項）				

□　上記について、利用予約票を受理しました。決定の連絡までお待ちください。

令和　年　月　日受付担当　印

□　上記について、利用を決定しました。

□　上記について、利用の調整ができませんでしたので、ご了承願います。

令和　年　月　日入所担当　印

※事務処理欄　登録入力　年　月　日担当　最終入力　年　月　日担当

予約受付　決裁年月日：令和　年　月　日　起案日：令和　年　月　日

施設長	施設長補佐	健康管理部長	栄養士	計画相談部長	介護部長	短期入所生活部長	担当者

利用決定　決裁年月日：令和　年　月　日　起案日：令和　年　月　日

施設長	施設長補佐	健康管理部長	栄養士	計画相談部長	介護部長	短期入所生活部長	担当者