**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） |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
|  | 様 |  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |