

介護老人保健施設シーダ・ウォーク 《再利用者専用申込書》
 短期入所療養介護(ショートステイ) 予防短期入所療養介護(予防ショートステイ) 申込書

ふりがな			生年月日	M・T・S
利用申込者氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話番号 ()			
要介護認定区分	申請中(年 月 日)要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
	認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日(認定日 年 月 日)			
ふりがな			生年月日	M・T・S
利用申込者代理人氏名	(続柄:)		年 月 日 (歳)	
利用申込者代理人の住所連絡先	〒 ※日中の連絡先 電話番号 ()			
待機時の案内	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	特記事項	介護休暇以外の特別の申込理由、入退所日に関するご要望等ありましたらお書き下さい。	
送迎希望	<input type="checkbox"/> 希望あり (<input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路) <input type="checkbox"/> 希望なし			
希望居室	<input type="checkbox"/> 有料個室 A(専用トイレ付・室料 ¥7,700-) <input type="checkbox"/> 有料個室 B(専用トイレ付・室料 ¥5,500-) <input type="checkbox"/> 一般室 C(トイレ共用・室料 ¥0-) <input type="checkbox"/> どこでも可			
利用希望日・時期 日数	第1希望	年 月 日～ 年 月 日まで		
	第2希望	年 月 日～ 年 月 日まで		
	その他	年 月 上 中 下旬ごろに 日間 いつでも可 日間		

居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)

ケアマネジャー
氏名

電話番号
FAX 番号

介護老人保健施設シーダ・ウォーク
CEDAR WALK
 〒167-0034 東京都杉並区桃井 3-4-9
 (相談室直通)TEL 03-5311-6184
 FAX 03-5311-6188
**お申し込みは FAX 又は郵送
 又は当施設までご持参ください**

【お申し込みについて】

本書面はショートステイを再利用いただく方の専用申込書です。(FAX 送信可)
 予約申込期間は、ご利用月の **2ヶ月前の1日から6日(必着)**です。予約申込期間外でお申し込みの場合は待機扱いになりますので御了承ください。お申し込み多数の場合は調整させていただき、利用予定のご案内は**毎月15日頃**にFAXでお知らせいたします。

(例)

4月のご利用希望 → 2月1日～6日(必着)までが予約申込期間です。

ご注意: 6日が日祝日の場合は前日が切となります

※ ご利用開始日までに、**居宅サービス計画書、提供票・提供票別表等**、必要書類を必ずお送りください。

※ ご不明な点がございましたら、相談室までお気軽にお問い合わせください。

施設記載欄

- | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|-----|----------|
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> PEG | 前回利用 | 年 月 日～ | 月 日 | 号室 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> インシュリン | 利用予定 | 年 月 日～ | 月 日 | 号室 (行 帰) |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 食事 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 | | | | |