

# 令和 年 月分 ショートステイ予約申込票

練馬区

\*この予約申込票はFAX専用です。

令和 年 月 日

予約申込 施設名称			
フリガナ お客様 氏名			男女
居宅介護支援 事業者名	ケアマネ 氏名		
電話	FAX		

**新規利用者  
専用**

予約希望	いつでも・上旬・中旬・下旬	希望日数	日間程度	
	*日付を指定して予約をする場合は、その理由を下の欄に記入してください。			
	*理由	個室希望	キャンセル 待ち希望	
	有 無 どちらでもよい	有 無		
送迎希望	入所	自己・施設・その他	退所	自己・施設・その他
	*送迎に関して特に希望がある場合は、この欄に記入してください。			

★以下の欄にお客様の身体状況等についてご記入ください。

移動状況	自立・一部介助・車椅子使用・全介助	排泄	自立・一部介助・全介助
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	認知症状	有 無
生活上の 困難 (本人が困っ ていること)	見当識障害 (時・人・場所) がわからない ( )		
	記憶障害 (記銘・保持・想起) ( )		
	行動障害 (どんな様子ですか… )		
その他 注意行動	*現在、医療的ケアを受けている方は必ずご記入ください。		

**予約結果通知**

施設担当者

ご予約日	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	日間	キャンセル待ち
送迎	入所 (自己・施設・その他) 時ごろ	退所 (自己・施設・その他) 時ごろ	
連絡事項		利用 居室	個室 多床室