

(新規・**再利用**)

記入例

平成〇〇年 〇月分 ケアタウン成増
ショートステイ予約申込書

平成 〇〇年 〇月 〇日

| | | | | |
|---|---------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 利用者 | お名前 | フリガナ イタバシ 太郎 | 性別 | 生年月日 |
| | | | 男・女 | 明治・ 大正 昭和 |
| ケアマネージャー | 事業所名 | 〇〇居宅支援事業所 | TEL | 03 (1234) 5678 |
| | お名前 | 成増 花子 | FAX | 03 (1234) 5678 |
| 予約希望日 | ①希望日程なし | | _____日間程度を、_____回希望します | |
| | ②希望日程あり | | I、以下の いずれかの 日程を希望します | |
| | | | II、以下の 全ての 日程を希望します | |
| | 1 | 〇月 〇日 () ~ 〇月 〇日 () | 【日付指定 あり ・なし】 | |
| | 2 | 〇月 〇日 () ~ 〇月 〇日 () | 【日付指定 あり ・なし】 | |
| | 3 | 月 日 () ~ 月 日 () | 【日付指定 あり ・なし】 | |
| ※日付指定の場合、その理由をご記入ください | | 部屋の希望 | | |
| 例：〇月〇日~〇日まで ご家族外出予定の為 (この期間限定で) ..等 | | 個室・多床室・ どちらでも | | |
| | | 送迎の希望 | | |
| | | 入所時 | 退所時 | |
| | | 自己 施設 | 自己 施設 | |
| ※最近のご様子・ADLの変化等ございましたらご記入下さい | | | | |
| (再利用の方の例：最近、飲み込みが悪くなっていて、食事形態の変更があります。) | | | | |
| (再利用の方の例：下肢筋力の低下あり。車椅子での移動になってます) ..等 | | | | |

※新規のお申込みに関しては、折り返しADLや状況確認のお電話をさせていただきます。
 ※予約結果につきましては、1日(第一営業日)から 1~2日後までにはご連絡致します。
 ※申込み日を過ぎましても随時FAX受付をしております。
 ※申込み多数の場合は、キャンセル待ちになる場合もございますのでご了承下さい。

予約結果通知

| | | | |
|------|-------------------|-------------|-------------|
| 日程① | 月 日 () ~ 月 日 () | 居室 | |
| | 送迎 | 入所時 : 自己・施設 | 退所時 : 自己・施設 |
| | キャンセル待ち | | |
| 日程② | 月 日 () ~ 月 日 () | 居室 | |
| | 送迎 | 入所時 : 自己・施設 | 退所時 : 自己・施設 |
| | キャンセル待ち | | |
| 連絡事項 | | | |