

アフェクション ショートステイ利用申込書

初回 2回目以降(A・Cの記入)

申込日 令和 年 月 日

施設名 事業所番号	アフェクション市川・1270806357	⇔	居宅介護支援事業所番号	
担当	堀越・御山・館川		事業所名	
住所	〒272-0811 市川市北方町4-1800-2		担当者	
TEL	047-375-8633		TEL	
FAX	047-375-8634		FAX	

利用者情報	ふりがな 氏名 (Aここのみ記入)	様 男 ・ 女
	住所	〒
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
	介護度	支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5
	被保険者番号	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	負担限度額	2 ・ 3① ・ 3② ・ 4

B 身体状況	移動	自立(杖 ・ 歩行器 ・ 車いす)・見守り・介助(杖 ・ 歩行器 ・ 車いす)
	排泄	自立・見守り・介助(リハビリパンツ ・ パット ・ ポータブルトイレ ・ オムツ)
	食事	自立・見守り・介助(一部介助 ・ 全介助) 食事形態:主食()副食()
	入浴	一般浴 ・ チェア浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭
	認知症	徘徊 ・ 暴言 ・ 興奮 ・ 昼夜逆転 ・ もの盗られ妄想 ・ その他()
	現病名	
	身長・体重	cm kg
	感染症	あり(結核・B型肝炎HBs抗原,抗体・C型肝炎HCV抗体・梅毒・疥癬) ・ なし

C ご利用希望日	希望①	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	希望②	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	希望③	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	希望④	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	希望⑤	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	定期	毎週 曜日 ~ 曜日 / その他()
	希望なし	いつでも可 / (月上旬 中旬 下旬頃に 泊 日程度)
	キャンセル待ち	希望する 希望しない

※ アフェクション 返信欄	受入可否	可 ・ 一部のみ可能 ・ 否
	受入日	上記 全てのご日程の予約をお受けいたしました ・ 上記希望の内 下記日程のご予約をお受けいたしました。
		年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
		年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]
	年 月 日() ~ 月 日() [泊 日]	

※ 状況により、受入をお断りする場合があります。

※備考(キャンセル待ちなど)