

しらすぎホーム 短期入所生活介護 新規利用申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		男	M / T / S	歳
利用者氏名		女		年 月 日生
住所	〒		電話番号	
介護保険情報	被保険者番号: 要介護度 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
ご家族 について	氏名: 〒 住所:		続柄 携帯番 号 電 話番号	
事業所情報	事業所名: 担当ケアマネージャー 氏名: 電話番号: FAX番号:			

ご利用者の健康状態について

診断名 (治療中の病気)	
使用している薬剤	
注意事項 (特別な医療等)	減塩食:(1日 グラム以内) 食事制限:糖尿食・カロリー制限(キロカロリー)
必要な医療行為 (しらすぎホームで 対応可能なもの) ○で囲んでください	経管栄養 インスリン注射 留置カテーテル 人工肛門装着 喀痰吸引 褥瘡処置 在宅酸素 特記:()