様式2

ショートステイ

基本 NO	アルト ショートNO	ライブ ショートNO	担当者
*	*	*	*

フリガナ		申込日　平成　　年　　月　　日	
ご利用者氏名			
サービス区分（〇印）	・ベルアルト（4人室）　・ベルライブ（個室）		
利用希望	・登録のみ　・定期利用　・不定期利用		
ショートステイを希望する理由			

下記の該当するところに 〇 を付けてください。 介護の参考にさせていただきます。

移動	・歩行	・杖	・歩行器（本人所有 あり ・ なし）	・車椅子（本人所有 あり ・ なし）
入浴	・機械浴	・一般浴		
食事（主食）	・ご飯	・お粥	・その他 （　　）	
（副食）	・普通	・軟らかい	・きざみ	・ミキサー食
排泄	・自分で行く	・声かけ必要	・定期的な介助	
お薬	・ある（飲み薬 ・ 目薬 ・ 貼り薬 ・ 塗り薬）		・なし	
送迎	送迎を希望されますか	・希望する	・希望しない	

ご本人が望む生活上の希望
（例文を参考にご記入ください）

・移動 （例）杖を利用し歩けるようになりたい
（　　）

・更衣 （例）間違えずに着替えたい
（　　）

・食事 （例）自分でおいしく食べたい
（　　）

・排泄 （例）スムーズに便器へ移りたい
（　　）

・入浴 （例）自分で体が洗えるようになりたい
（　　）

・その他
（　　）

備考	在宅でお困りな点や今後ご希望されるサービス等ありましたらご自由にお書きください