

〒	—
住所	_____
_____	_____
事業所名	御中
TEL	FAX
_____	_____

# 短期入所療養介護 予約申込票 1

横浜市総合保健医療センター

総合相談室

担当相談員

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1735番地

TEL 045-475-0103

FAX 045-475-0101

※返信時の宛名となりますので楷書でご記入ください。

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_様

利用者の方についてご記入ください。

フリガナ				〒	—
氏名	_____様			住所	_____
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生( )歳	TEL ( )
介護度	障害老人日常生活自立度	J A B C	認知症老人日常生活自立度	正常 I II III IV V	利用歴
					あり なし

〈利用希望〉( )月分

利用棟 介護老人保健施設 しらさぎ苑(一般棟 認知症棟) 診療所

2 部屋指定 4人部屋 個室(有料1日4000円) 感染対応室

3 利用目的 介護疲れ 冠婚葬祭 介護者診療 その他( )

4 希望日程 ① いつでもよい \_\_\_\_\_日間 ② \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_日間  
③ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日を含んで \_\_\_\_\_日間

5 キャンセル待ち 希望する 希望しない

結果は次のとおりです。よろしくお願いいたします。

1 下記の日程で予約可能です。

利用棟 介護老人保健施設 しらさぎ苑(一般棟 認知症棟) 診療所(介護保険 医療保険)

部屋 4人部屋 個室(有料1日4000円) 感染対応室

日程 平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで \_\_\_\_\_日間

入所時間 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分までにお越しください。

お願い  「利用申込書」をご送付ください。

新規または前回のご利用より1年以上経過していますので、「健康診断書」(横浜市介護老人保健施設共通様式)をご送付ください。健康診断書の内容によっては、ご利用について相談させていただく場合がございますのでご了承ください。

2 予約できませんでした。 \_\_\_\_\_月分のキャンセル待ちとさせていただきます。

3 備考

※ 締め切りを過ぎた申し込みは、全てキャンセル待ちとさせていただきます。その際、結果通知は、予約が可能になった時のみ返信します。

ID番号	—	—	受付番号		通知日	/ /
申込書	/		診断書	/	契約書	/