高寿園ショートステイ利用申込書

申込日 ： 平成　　年　　月　　日

利用者氏名	
利用者住所	（電話）

利用希望期間（1）	平成　年　月　日（　）から	送迎	□ 園の迎え（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
	平成　年　月　日（　）まで		□ 園の送り（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
利用希望期間（2）	平成　年　月　日（　）から	送迎	□ 園の迎え（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
	平成　年　月　日（　）まで		□ 園の送り（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
利用希望期間（3）	平成　年　月　日（　）から	送迎	□ 園の迎え（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
	平成　年　月　日（　）まで		□ 園の送り（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
利用希望期間（4）	平成　年　月　日（　）から	送迎	□ 園の迎え（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
	平成　年　月　日（　）まで		□ 園の送り（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
利用希望期間（5）	平成　年　月　日（　）から	送迎	□ 園の迎え（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）
	平成　年　月　日（　）まで		□ 園の送り（希望時間帯/　時）　□家族にて（　時）

療養食希望 （希望される方はチェックをつけて下さい）	□ 腎臓病食（P　g ・ 塩　g）	□ 膵臓病食
	□ 肝臓病食	□ 高脂血症食
	□ 糖尿病食（　kcal ）	□ 痛風食
	□ 胃潰瘍食	□ 検査食 （　）
	□ 貧血食	
	※ 療養食の希望をされる方は診療情報の提供が必要です	

利用者概況	（ご利用者様の最近のご様子で変わったことがありましたらご記入ください）

居宅介護事業所	事業所名		担当者	
	住　所			
	電話番号			

特別養護老人ホーム　高寿園
電話　0868(29)0115
FAX　0868(29)0116　　担当 ：仁木　潤