(紹介者用)

**太陽と風短期入所（ショートステイ）利用申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名  生年月日・性別 | | (　　　　年　　月　　日生　　才　男・女) | | |
| 住 所  電話番号 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　☎　　　（　　　　） | | |
| 保  護  者 | 氏名 | (続柄　　　　　) | | |
| 住所 | ・〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・利用者に同じ | | |
| 電話番号 | * ・利用者に同じ | | |
| 病院名  住所 　　電話番号 | | 担当医　　　　　PSW  〒  ☎　　　　　(　　　　) | | |
| 担当保健師等 | |  | 福祉事務所担当者 |  |
| 病歴及び病状 | | 病名 | | |
| 生活歴 | |  | | |
| 手帳  障害福祉サービス利用状況 | | 〇障害者手帳　有・無　　　級　　〇自立支援医療の利用　　有・無  〇障害福祉サービス　種類と事業所名 | | |
| 家族状況 | |  | | |
| 経済状況 | | 〇障害年金　　有・無　　　級　　〇生活保護受給 　　　有・無  〇給与・工賃収入　有・無　　　　〇家族からの支援あり　有・無 | | |
| 体調が悪い時の様子と対処法 | |  | | |
| 短期入所利用において留意してほしいこと | |  | | |
| 紹介理由 | |  | | |
| 紹介者氏名  所属  職種 | | （所属）  （電話番号）  （氏名） | | |

※この書式はゆいのもり福祉協会ホームページの太陽と風ショートステイのページからダウンロードすることができます。※病歴・生活歴等別紙でまとめていただいても結構です。（SSパンフ申し込み関係FD）