(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）