

様

聖母ホームショートスティご利用案内

この度は、聖母ホームショートスティをお申込み頂きまして誠にありがとうございます。
ご利用日程及び、ご利用中のご連絡先表を送付させていただきます。ご連絡先表に関しては、
前回利用時とご連絡先が異なる際はご記載お願い致します。

○ご利用予定期間 月 日() から 月 日()

○ご利用予定居室 □個室 □多床室

ご利用時の注意事項

【ご持参頂くお荷物に関して】

衣類	※持参品・衣類には必ずお名前をご記入の上、『ご持参品表』に記載しご来園下さい。 ※ご利用中、入浴日に衣類のお洗濯をさせていただきます。普段着・下着は当日衣類を除く2組 ずつお持ち頂けますようお願い致します。 (乾燥機を使用し一度に複数枚お洗濯致します。色落ち・縮む可能性がある衣類はご遠慮下さい) ※室内履きに関して、踵のある運動靴をご持参下さい。
お薬	※服薬事故防止のため看護師にて内服薬の確認を行っております。お手数ですが、内服薬と 併せて処方箋説明書・お薬手帳等を併せてご持参下さい。(毎利用時) ※内服薬に関しては日数分A8サイズで分包しご持参頂いております。(日付は不要) 服薬時期(朝・昼・夕等)とお名前をフルネームにて記載して下さい。 ※当施設は医療機関ではございませんのでお薬の処方はいえません。
貴重品類	□介護保険証 □介護保険負担減額認定証(減額者のみ) □介護保険負担割合証 ※保険書類はご入所時にコピーをさせて頂いた後、その場にてお返し致します。
その他	※男性のご利用者は電気髭剃りをご準備下さい(カミソリはご遠慮下さい) ※タオル類(フェイスタオル・バスタオル)オムツ類は、ご準備がございます。 ※車椅子・ポータブルトイレ等の福祉用具をご希望される場合は、予めご相談下さい。

※処方箋説明書、お薬手帳は毎回必要となります。

※上記のお持ち物についてはあくまでも目安となりますので、その他に必要な物品については個々にてご持参下さい。

緊急時ご連絡先表

(体調不良時のご相談)

ご利用中、ご本人の体調変化見られた場合、予め届けられたご連絡先へ可能な限り速やかにご連絡するとともに、ご家族と相談の上必要であれば、医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(病院受診への依頼)

ご利用中の状態の変化に伴う病院受診はご家族のお付き添いにてお願い致しております。
当施設の職員でのお付き添いによる受診は行っておりませんので予めご了承ください。

ご連絡先①	氏名	続柄：	
	住所	自宅 () 携帯 ()	

ご連絡先②	氏名	続柄：	
	住所	自宅 () 携帯 ()	

ご連絡先③	氏名	続柄：	
	住所	自宅 () 携帯 ()	

主治医	名称		医師名	
	科目		連絡先	()
受診 ・ 往診		日中のみ対応 ・ 24時間対応		

緊急時 指定病院	名称		医師名	
	科目		連絡先	()

緊急時 指定病院	名称		医師名	
	科目		連絡先	()