

グレイスホーム 新規・措置・緊急SS事業/ロングSS 利用申込書



申込日 令和 年 月 日()
NO.1/3

申請者	事業者名		事業者番号	
	担当ケアマネ		電話	
	住所		Fax	

利用者情報	氏名	(ふりがな)	生年月日		歳	
		様	男	女	独居・別居・同居	
	住所	〒				
	電話					
	介護保険情報	要介護区分	被保険者番号			
	認定日	H/R	年	月	日	区分変更中()
	認定の有効期限	H/R	年	月	日	～ H/R 年 月 日
	生活保護受給者	無・有(福祉事務所 担当)				
	負担限度額認定書	第1段階	第2段階	第3段階	非該当	申請中
	現在	自宅・病院・施設		施設・病院名		
主な介護者(連絡先)	氏名	続柄			同居・別居	
住所	自宅電話/携帯					

家族構成・自宅での生活状況/保護までの経緯(別紙でも可)

その他の関係機関(別紙でも可)

緊急連絡先	氏名	関係	住所	電話
	①		〒	
	②		〒	
	③		〒	
備考				

利用希望期間	令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()
	居室の希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> 送迎 希望(あり・なし)
申請事由(必ずご記入ください)	

(事業所No.)1372100816 特別養護老人ホーム グレイスホーム 生活相談係SS担当 阿部
 〒123-0845 東京都足立区西新井本町4-13-16 (TEL)03-3890-0214 (FAX)03-3890-0951
 ☆別紙の「医療・身体の情報提供書」2枚のご記入と病院での診断書やアセスメント・主治医意見書などあれば一緒にご提出ください。宜しくお願い致します。

《緊急SSの場合》
 ★居宅サービス計画票:SSの予定が入っていない書類を添付して下さい。また利用後には今回のサービスが、載った提供票の送付もお願いします。

利用者名	(ふりがな) 様	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度								
			自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
			障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)								
			自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2

身長	cm	性格	職歴
体重	kg	趣味	その他

医療情報

現病	<input type="checkbox"/> 別紙参照あり
----	---------------------------------

既往歴	<input type="checkbox"/> 別紙参照あり
-----	---------------------------------

内服薬(朝・昼・夕・就・その他)	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> Ns管理	<input type="checkbox"/> 別紙参照あり
------------------	---	---------------------------------

外用薬	(書ききれない場合、お薬手帳のコピーを添付して下さい)
-----	-----------------------------

スキントラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(患部/処置方法)
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下剤コントロール 便秘 日目/錠)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
医療行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(インスリン/吸引/胃瘻/人工肛門/在宅酸素/その他)
その他の医療情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬物アレルギー-など)

かかりつけ医	主治医	病院名	住所
		担当医	科 電話
		通院 ・ 往診 (頻度)	
	他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科などの受診状況)		

緊急時	病院名
	住所 電話
	<input type="checkbox"/> 指定病院なし(救急隊に任せる) (指定病院にて受入れ困難時は、救急隊に依頼します)

医療特記事項(医療処置・行為の内容によっては、受入れ困難の場合もございます)
--

移動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立(独歩)	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 伝え歩き	<input type="checkbox"/> 手引き歩行(支え)	<input type="checkbox"/> 寝たきり
	用具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車椅子(自操・介助)	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵に掴まれば可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵に掴まれば可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない		
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない		
	転倒落の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(拘束具:Y字ベルト 4点柵 その他)				
	用具	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 低反発マット <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> コールマット				
コメント						
排泄	尿便意	<input type="checkbox"/> 有(NC 押せる・押せない) <input type="checkbox"/> 有るが間に合わず失禁				<input type="checkbox"/> 無
	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 動作介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	用品	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> 普通のパンツ <input type="checkbox"/> その他()				
	日中の排泄回数	_____回/日中		夜間の排泄回数_____回/夜間		
	その他	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門				
コメント						
入浴	浴槽	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声掛け	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	更衣	<input type="checkbox"/> 普段から夜間パジャマに着替える				<input type="checkbox"/> 着替えない <input type="checkbox"/> サイズ()
	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声掛け	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠() <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 就寝時間帯(時入床~ 時起床)					
視覚	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> ぼんやり() <input type="checkbox"/> 暗名のみ() <input type="checkbox"/> 全盲() <input type="checkbox"/> 義眼()					
聴覚	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 補聴器() <input type="checkbox"/> 難聴(軽・中・重) <input type="checkbox"/> 聞こえない()					
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(状況:			手段:		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:			状態:		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:			状態:		
精神状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(状況:					
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 会話の了解(可・不可)					
行動障害	幻視 幻覚 幻聴 妄想 昼夜逆転 徘徊 暴言 暴力 異食 不潔行為 介護拒否					
	大声 独語 不意な立ち上り その他の周辺症状()					
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能					
食事	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> やわらかご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト				
	療養食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		禁食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
	制限	食事:日/_____kcal ・ 塩分:日/_____g ・ 水分:日/_____CC・その他_____				
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(時々咽る・頻りに咽る・誤嚥しやすい) <input type="checkbox"/> 水分トロミ(無・有)				
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セティング自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		<input type="checkbox"/> 腔衛生	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
	使用物品	箸 スプーン フォーク 吸飲み エプロン その他の自助具()				
コメント						

いままでの介護サービス内容/生活歴/介護面での注意事項