

# 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, 1/2	
申請者	事業者名	事業所番号	
	担当ケアマネ 様	電話	
	住所	Fax	
利用者情報	しめい氏名 (ふりがな)	生年月日	年 月 日 歳
	様	男 女	☎ — —
	住所 (〒 )		
	介護保険情報	要介護区分	被保険者番号
	認定日	R 年 月 日	
	認定の有効期限	R 年 月 日 ~ 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	1段階 2段階 3段階① 3段階② 4段階 (非該当) 申請中	負担割合証	1 ・ 2 ・ 3 割
主治医	病院名 (通院・往診)		
	担当医 受診科目		

上記の情報で保険証・医療情報等関連書類をFAX等頂ければご記入は不要です。

緊急連絡先	氏名	関係	住所	電話
	①		〒	
	②		〒	

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	送迎

特別養護老人ホーム グレイスホーム (事業所No: 1372100816)  
 〒123-0845 東京都足立区西新井本町4-13-16  
 [TEL] 03-3890-0214 [FAX] 03-3890-0951

生活相談係SS担当: 伴 ・ 早坂

身長	cm	性格		職歴	
体重	kg	趣味			

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
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度					
周辺症状	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					
スキントラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

身体状況

移動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立(独歩) <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				
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない				
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない				
	転倒落の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
排泄	尿便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有るが間に合わず失禁				
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	用品	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿とりパツ <input type="checkbox"/> オムツ				
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <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					
視覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> 眼鏡					
聴覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 難聴(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> 補聴器					
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
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"/> 粥ゼリー				
	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"/> ソフト食				
	水分・汁物	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ(弱め・中間・強め) <input type="checkbox"/> ゼリー状				
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(時々咽る・頻繁に咽る)				
	介助	<input type="checkbox"/> 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"/> 部分入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯				
アレルギー・禁食等あればご記入下さい						

医療面・介護面等で注意事項等あれば1枚目もしくは下記スペースへご記入下さい。