

グリーンアルム利用申込書

平成 年 月 日

[受付者]

区分	施設サービス	1. 特別養護老人ホーム(長期)	2. 老人保健施設(長期)	3. 療養型医療施設
	在宅サービス	4. グループホーム	5. ケアハウス	
		6. 特別養護老人ホーム(短期)	7. 老人保健施設(短期)	8. 診療所デイケア
		9. 通所リハビリ	10. デイサービスセンター	9. 居宅介護支援事業所
		12. ヘルパーステーション	13. 訪問看護ステーション	

利用者	ふりがな							男 ・ 女	M・T・S		
	氏名								年 月 日生		
	住所							TEL			
申込者	氏名							続柄			
	住所							昼間 TEL 夜間 TEL			
介護保険被保険者番号								保険者(市町村名)			
要介護度		要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中									
現在介護を受けている場所		1. 在宅 (独居 ・ 配偶者 ・ 家族 ・ その他) 2. 病院() 入院期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 傷病名 () 3. 施設									
生活保護		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		身体障害者手帳			種 級(障害名)				
居宅介護支援事業者		事業者名			所在地			担当者名			
								TEL			
家族状況											
氏名		続柄		年齢		職業		同別居		備考	

ご利用を希望される方の現在の身体状況などをお聞かせください。
質問事項がいくつかありますのでご記入をお願いします。

1. 身体状況、日常生活動作についてお伺いします。

- ① 身長 cm 体重 kg
- ② 見る ア)見える イ)目の前のものが見える ウ)ほとんど見えない
- ③ 聞く ア)聞こえる イ)大きな声なら聴き取れる ウ)ほとんど聞こえない
- ④ 話す ア)話せる イ)言語障害あり ウ)返事のみ
 エ)話せない (意思表示 可 ・ 不可)
- ⑤ 歩く ア)歩ける イ)何かを使用すれば歩ける ウ)歩けない
 ※補助具の種類(杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 介助 ・ その他)
 ※車椅子使用の有無(有 ・ 無)(自走 ・ 電動 ・ 介助)
- ⑥排泄 ア)普通にできる イ)一部介助が必要 ウ)すべて介助が必要
 ※(ポータブル ・ 便尿器 ・ おむつ ・ カテーテル ・ 安心パンツ
 リハビリパンツ ・ 人工肛門)
- ⑦食事 ア)自分で可能 イ)一部介助が必要 ウ)すべて介助が必要
 ※食事の形態 1. 主食 (普通食 ・ 粥食 ・ ミキサー)
 2. 副食 (普通食 ・ きざみ ・ 粗きざみ ・ ミキサー)
 3. その他 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう)
- ⑧入浴する ア)自分で可能 イ)一部介助が必要 ウ)すべて介助が必要
- ⑨着替える ア)自分で可能 イ)一部介助が必要 ウ)すべて介助が必要

2. 健康についてお伺いします。

- ① 以下のような治療・療養を受けていらっしゃいますか。
ア)透析 イ)酸素療法 ウ)気管切開の処理 エ)経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう)
オ)じょくそうの処置 カ)カテーテル キ)人工肛門 ク)その他()
- ② 今までに大きなご病気をされた場合は、病名とその時期をご記入ください。

③ 現在治療中に病気がありましたらご記入ください。

④ その他健康状態で気になる点をご記入ください。

3. 介護されているうえでご苦勞されている点をご自由にご記入ください。