

小規模多機能型居宅介護 グリーンベリー 利用申込書

記入日 令和 年 月 日
受付担当者 []

フリガナ 利用者名	男 ・ 女 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)									
住 所	〒 —									
家族氏名 (申込者)							利用者との関係			
住 所	〒 —									
	TEL ①					TEL ②				
要介護状態区分	申請中 (新規 ・ 更新) 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
被保険者番号									保険者 (市町村)	
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
居宅介護支援事業所	事業所:									TEL
										FAX
	担当介護支援専門員:									
現在利用している 介護保険サービス										
受診医療機関 主治医										
◎既往歴及び治療中の疾病/介護・生活状況							◎家族構成			
							◎家族状況			
										同 ・ 別
							◎服薬内容 (お薬手帳写し等でも可)			
			同 ・ 別							

調査日 令和 年 月 日

		特記事項	
麻痺等の有無		無 ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢	
関節の拘縮の有無		無 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節	
寝返り		1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
起き上がり		1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
立ち上がり		1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
歩 行		1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
食 事 (食事の種類)		1 自立 2 一部介助 3 介助 4 経管 (鼻嚥 ・ 胃ろう) 主食 () 副菜 ()	
排	・トイレ	1 自立 2 一部介助 3 介助	
	・ポータブル	1 自立 2 一部介助 3 介助	
	・オムツ	終日 夜間のみ	
褥 瘡		あり なし	
入 浴		1 自立 2 一部介助 3 介助	
更 衣		1 自立 2 一部介助 3 介助	
視 力		1 普通 2 目の前の物が見える 3 ほとんどみえない	
聴 力		1 普通 2 大きな声なら聞き取れる 3 難聴	
会 話		1 正常 2 やや不自由 3 できない	
意思疎通		1 できる 2 時々できる 3 できない	
精神状態		1 正常 2 認知症 3 精神障害	
問題行動		1 あり 2 なし (ありの場合、具体的内容)	
◎介護上の留意点及びその他特記事項			
※ご本人のこれまでの生活歴を教えてください。 (趣味・お仕事・得意だったこと・愛着のあるあだ名・お友達・生活パターンなどなんでも結構です。)			
その他			