
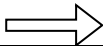


新規 再

短期入所生活介護グリーンピース申込書

平成 年 月 日

施設名		申込日 月 日  結果通知 月 日 	支援事業所番号 及び事業所名	
担当者			担当者	
FAX			FAX	
TEL			TEL	

利用者情報	ふりがな氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生(歳)	
	住所	〒				
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	負担割合	1割 2割 3割	負担段階	有・無
	申込者名	関係()	緊急連絡先	TEL	Fax	
	家族状況	同居 独居 高齢者世帯 その他()				
	申込理由	介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・本人の希望・その他()				
身体状況	移動	歩行(自立 つたい歩行 介助) 杖(有 無) 車いす(自操 介助) 歩行器 転倒の可能性(大 中 小) その他注意点				
	排泄	自立 介助 ポータブル リハパン オムツ パット 普通の下着 その他注意点				
	食事	自立 介助(見守り 一部介助 全介助) 主食() 副食()				
		その他注意点	糖尿食 減塩食 禁食(魚・卵・そば)	療養食加算 有 無		
	入浴形態	個室 一般浴 機械浴 : 介助の内容()				
	認知症	認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
		問題行動 徘徊 同じ話の繰返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 その他()				
	現病名	伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む				
医療処置	有 無	エアーマット使用			有 無	
	[]	その他				
利用希望日	平成 年 月 日() ~ 日() 【泊 日】 平成 年 月 日() ~ 日() 【泊 日】					
	キャンセル待ち	希望する 希望しない	備考			
	送迎希望	有 無	入所希望時間 AM/PM :	退所希望時間 AM/PM :		

注：(施設内の事故防止のため、面談時に記入情報が現況と著しく違うと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

施設返信欄	① 利用可否	可 ・ 否	②否の場合、キャンセル待ちについて	キャンセル待ち 可 ・ 不可	
	② 利用可能日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()			
	④入所時間	AM/PM : ~ :	⑤退所時間	AM/PM : ~ :	
	⑥送迎	可 否 その他(送迎は行ってない/)			
	⑦備考				