



優っくりグループホーム鎌田 利用申込書

地域密着(介護予防)認知症対応型共同生活介護

申込日 平成 年 月 日

申し込み者	(フリガナ) 氏名	続柄	住所：〒	電話番号：		
	(フリガナ) 氏名	性別 男女	生年月日 明大昭 年 月 日(歳)	電話番号：		
利用者希望者	住所					
	介護保険 被保険者番号 認定日 H 年 月 日	要介護区分 支2	1 2 3 4 5 申請中	(申請日)		
	健康保険 種別	記号・番号	有効期間 H 年 / ~ H 年 /			
	年金等 種別					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居 期間 ~				
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院・施設の名称				
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間 ~				
	<input type="checkbox"/> その他					
担当ケアマネジャー	事業所名		担当ケアマネジャー			
	事業所番号		電話番号：			
	住所		F A X：			
身元引受人	氏名	続柄	住所	電話番号：		
家族状況	氏名(フリガナ)	年齢	続柄	職業	住所	電話番号：
生活状況	趣味				家族構成図：	
	飲酒					
	喫煙					
入所を希望する時期・状況 <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までは入所したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる						
入所を希望する理由：					備考：	

ADL・身体情報

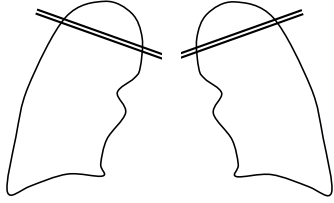
様式2

視 聴 言 語	視力	1.普通に見える(眼鏡使用・なし) 2.見えにくい 3.全く見えない 4.その他			特記事項：	
	聴力	1.普通に聞える(補聴器使用・なし) 2.聞えにくい 3.全く聞えない 4.その他				
	言語	1.支障なし 2.ややもつれる 3.かなり支障あり 4.全く話せない 5.その他				
	意思疎通	1.支障なし 2.時々できない 3.時々できる 4.ほとんどできない 5.その他				
移 動	方法	1.自立(杖等使用・なし) 2.部分介助(見守り・手を引く等) 3.車椅子使用(常時・外出時のみ)			特記事項：	
	立ち上がり	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助 特記：()				
	移乗動作	拘縮・麻痺	無 有()			
食 事	摂取方法	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.セッティング			特記事項：	
	喫食方法	主食	普通 粥 その他()			自助具： 無 有()
		副食	普通 一口大 刻み			嗜好性等：
	食器用具	箸 スプーン フォーク エプロン その他()				
	食事時間	朝食：	昼食：	夕食：		義歯： 無 有 (状態：)
	咀嚼・嚥下状態について					(状態：)
排 泄	方法	トイレ ポータブル リハパン パット その他	尿意： 無 有 / 便意： 無 有			
		1.自立 2.部分介助 3.全介助				
	排尿回数：	回 / 日 / 排便頻度：	回 / 日	下剤： 無 有()		
	特記事項：					
入 浴	方法	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助	浴槽種類	一般浴 / 機械浴(車いす)		
	特記事項：					
整 容	着脱	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助	特記事項：			
	洗面	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助				
	口腔	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助				
	爪切り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助				
	耳掃除	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助				
	髭剃り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助				
精 神 状 態 等	認知症の症状：1.記憶障害 2.幻覚・幻聴 3.独り言 4.徘徊 5.異食 6.暴言・暴力 7.意思疎通の困難 無 有 8.その他()					
	特記事項：					
サービス利用前訪問予定日 平成 年 月 日 / 担当者名：						
責任者確認欄	受付担当者氏名		社会福祉法人 奉優会 優っくりグループホーム鎌田			
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日()			東京都世田谷区鎌田三丁目31-19 TEL：03-5491-5897 FAX：03-5491-5898			
受付連絡済フィック	持込 / FAX / 郵送					



健康診断書

様式3

氏名		男・女		生年月日		□明 □大 □昭		年 月 日		生まれ 歳			
身長		cm		体重		kg		血圧		／ 脈拍			
既往歴	発症時期												
現症	障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1									胸部所見： 直接・間接 異常なし・異常あり			
	認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M												
	認知症	診断名											
	栄養状態	良 不良											
	摂食	通常食 ぎざみ 他()											
	褥創	なし 有：部位 (程度)											
排泄	正常 その他												
結核の既往 無 ・ あり (歳)													
機能障害	視覚												
	聴覚												
	四肢												
	言語												
尿	糖尿				尿蛋白				尿潜血				
血液検査	RBC				血小板				アルブミン				
	WBC				GOT				BUN				
	ヘモグロビン				GPT				CRE				
					TP				FBS				
	ヘマクリット								HbA1C				
感染症の有無		アレルギー： 無 有 ()											
1：疥癬 (+ ・ -) 2：梅毒 (+ ・ -) 3：HBs抗原 () 抗体 () 4：HCV抗体 (+ ・ -) 5：MRSA (+ ・ -) 6：結核 (+ ・ -) 7その他													
特記事項：													
現在治療中の病気													
現在服用中の薬： 朝 昼 夕 就寝前 (服薬数含む) その他 (目薬等)													
現在行なわれている医療処置： 無 有 1：インシュリン注射 2：バルブカテリル留意中 3：経管栄養中(鼻腔・胃ろう) 4：血液透析中 5：中心静脈栄養中 6：在宅酸素治療中 7：人工肛門増設者 8：その他 ()													
平成 年 月 日													
☆別途診療情報提供表をご用意ください☆ 紹介医療機関の所在地および名称 医師氏名													

印