



# 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)<br>氏名                  | 続柄                               | 住所：〒                    | 電話番号：  |        |       |
|   | (フリガナ)<br>氏名                  | 性別<br>男女                         | 生年月日<br>明 大 昭 年 月 日( 歳) | 電話番号：  |        |       |
| 利用者希望者  | 住所                            |                                  |                         |        |        |       |
|   | 介護保険<br>被保険者番号<br>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<br>種別                    | 記号・番号                            | 有効期間 H 年 / ~ H 年 /      |        |        |       |
|   | 年金等<br>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  | 生活状況                          |                                  |                         |        | 家族構成図： |       |
|   | 趣味                            |                                  |                         |        |        |       |
|   | 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

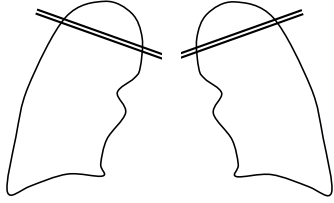
様式2

|                               |  |   |                   |      |              |             |
|-------------------------------|--|---|-------------------|------|--------------|-------------|
| 視<br>聴<br>言<br>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<br>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( )            |      |              |             |
|                               | 特記事項:  |   |                   |      |              |             |
| 食<br>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     |
|                               | 咀嚼・嚥下状態について  | (状態: )  |                   |      |              |             |
| 排<br>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( )   |   |                   |      |              |             |
| 入<br>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<br>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<br>神<br>状<br>態<br>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                 |  | 東京都世田谷区鎌田三丁目31-19                                 |                   |      |              |             |
| 平成 年 月 日( )                   |  | TEL: 03-5491-5897                                 |                   |      |              |             |
| 受付連絡済フィック                     |  | FAX: 03-5491-5898                                 |                   |      |              |             |
|                               |  | 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 ( + ・ - )<br>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<br>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☆<br>紹介医療機関の 所在地および名称<br>医師氏名   |                                       |                |  |      |     |          |  |       |       |   |  |  |  |

印