



# 優っくり村グループホーム喜多見 利用申込書

地域密着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	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			
	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					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 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)			
	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 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			
	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： )
特記事項：					
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喜多見		
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日( )		東京都世田谷区喜多見三丁目10-15 TEL：03-5727-0641 FAX：03-5727-0645			
受付連絡方法	持込 / FAX / 郵送				



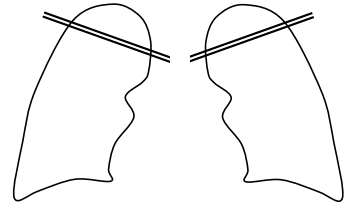
健康診断書

様式3

氏名		男・女	生年月日		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 II a II b III a III b IV M										
	認知症	診断名									
	栄養状態	良 不良									
	摂食	通常食 きざみ 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：バルネーター残留中 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