



グループホーム

小規模多機能

利用申込書

認知症対応型共同生活介護(予防介護) / 小規模多機能型居宅介護(予防介護) 申込日 令和 年 月 日

利用者希望者	(フリガナ)		性別		生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	氏名		男 女		電話番号: 携帯:	
	住所					
	介護保険	被保険者番号	要介護区分 支援1 支2 1 2 3 4 5 申請中⇒(申請日 )			
	認定日 H 年 月 日	有効期間 H 年 / ~ H 年 /				
健康保険	種別	記号・番号				
年金等	種別					
家族状況	氏名(フリガナ)		年齢	続柄	職業	住所
						電話番号:
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"/> サービス利用中		<input type="checkbox"/> デイサービス週 回		<input type="checkbox"/> 通所リハ週 回	
			<input type="checkbox"/> ショートステイ頻度 ( )			
			<input type="checkbox"/> 訪問介護週 回 時間(内容: )		<input type="checkbox"/> 訪問リハ週 回 時間(内容: )	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護週 回 時間(内容: )		<input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 他		
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"/> 今すぐ契約したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までは利用したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる						
利用を希望する理由:					備考:	
担当ケアマネジャー氏名				支援事業所名		
住所				事業者番号		
電話番号:				FAX:		

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 ( )

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： )

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	剤： 無 有 ( )

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	
	歯磨き	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 ( )

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	<b>社会福祉法人 奉優会 優っくり村文京小日向</b> 申込受付窓口 (令和元年12月末まで) 認知症対応型共同生活介護 担当：丸山 優っくり村新宿西落合 TEL：03-3565-6282 FAX：03-3565-5622
上記の件、受付いたしました 令和 年 月 日 ( )		小規模多機能型居宅介護 担当：森 優っくり村乃木坂 TEL：03-6804-5267 FAX：03-6804-5268
受付連絡済イロ	持込 / FAX / 郵送	

