



優っくり村グループホーム町田森野

地域密着認知症対応型共同生活介護

利用申込書

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		要介護区分 支2 1 2 3 4 5 申請中		(申請日)	
		認定日 H 年 月		有効期間 H 年 / ~ H 年 /			
	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)			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
	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町田森野			
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日()		東京都町田森野4-7-13 TEL: 042-851-8521 FAX: 042-851-8527				
受付連絡経路	持込 / FAX / 郵送					

健康診断書

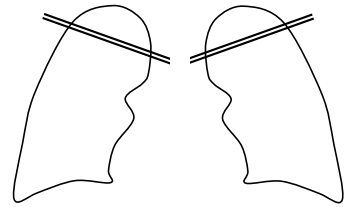
様式3

氏名		男・女	生年月日		年	月	日	生まれ	歳
			<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭				

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	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：インフルエンザ注射 2：バルブカテーテル留置中 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