



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 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) | | | 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() | | | | |
| 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() | | | | | |
| 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

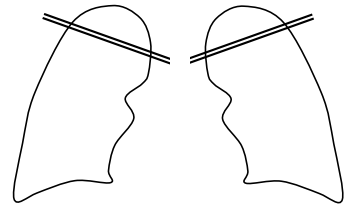
様式3

| | | | | | | | | | |
|----|--|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-----|---|
| 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