



優っくり小規模多機能型居宅介護乃木坂

地域密着型（介護予防）小規模多機能型居宅介護

利用申込書

申込日 平成 年 月 日

申し込み者	事業所名		担当マネージャー	
	事業所番号		電話番号：	
	住所		F A X：	
利用者	(フリガナ)		性別	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
	氏名		男女	電話番号: 携帯
	住所			
希望者	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		
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
身元引受人	氏名	続柄	住所	電話番号：
	氏名(フリガナ)	年齢	続柄	職業
家族状況	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：

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	
	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	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：
	食事用具	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 1.自立 2.部分介助 3.全介助	尿意：無 有 / 便意：無 有
		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 優っくり小規模多機能介護乃木坂 東京都港区赤坂9丁目4-2 パークコート赤坂檜町ザタワー2階 TEL：03-6804-5267 FAX：03-6804-5268
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日()			
受付連絡経路	持込 / FAX / 郵送		



(フリガナ)		生年月日		
氏名	男・女	□明 □大 □昭	年 月 日 生まれ 歳	
身長	kg	身長	cm 血圧 /	
既往歴				
障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		胸部所見：直接・間接 異常あり・なし		
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	経口 その他			
褥創	なし 有：部位			
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	
	ヘマクリット	TP	FBS	
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： (服薬数含む) 朝 昼 夕 就寝前 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

医療機関の
所在地および名称

医師氏名

印