



# 優っくりグループホーム江東北砂

## 利用申込書

認知症対応型共同生活介護(予防介護)

申込日 令和 年 月 日

利用者	(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:				F A X:			

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 (状態： )
	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 リハバン バット 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			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			
	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 ( )				
	特記事項：				
サービス利用前訪問予定日 令和 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江東北砂	
上記の件、受付いたしました 令和 年 月 日 ( )			担当者：小谷		TEL：03-6666-3811 FAX：03-6666-3817 
受付連絡済フラグ	持込 / FAX / 郵送				

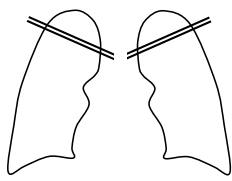
診療情報提供書

様式3

(フリガナ)		生年月日	
氏名	男・女	□明 □大 □昭	年 月 日 生まれ 歳

体重 kg 身長 cm 血圧 /

既往歴

現症	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    結核の既往 無・あり ( 歳	
	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	経口	その他									
	褥創	なし	有：部位									
排泄	正常	その他										

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
	ハmak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： 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：バルブカテリル留意中    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 ( )

令和 年 月 日

医療機関の  
所在地および名称

医師氏名

印