



優っくり小規模多機能型居宅介護町田森野

利用申込書

地域密着型（介護予防）小規模多機能型居宅介護

申込日 平成 年 月 日

|   |                                  |             |  |       |
|---|----------------------------------|-------------|--|-------|
| 申し込み者   | 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：   |       |
| 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   |       |
| 希望者   | 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          |  |       |
| 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  | 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( )                   |
| 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： )  |                        |
| 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<br>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<br>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<br>優っくり小規模多機能介護町田森野<br>(介護予防)小規模多機能型居宅介護町田森野                               |                        |
| 上記の件、受付いたしました<br>平成 年 月 日( )  |   | 東京都町田市森野4-7-13<br>TEL：042-851-8520<br>FAX：042-851-8527                                |                        |
| 受付連絡チェック                      | 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   |
| 身長   | 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<br> |
|  | 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<br>聴覚<br>四肢<br>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