



優っくり村石神井台沼辺グループホーム

利用申込書

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

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：	
	印				
利用者希望者	(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： 携帯：	
	住所				
	介護保険 被保険者番号 認定日 H 年 月 日	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	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：)
排 泄	方 法	トイレ ポータブル リハバン 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)					
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石神井台沼辺

上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日 ()
受付連絡方法 持込 / FAX / 郵送

東京都練馬区石神井台2-7-5
TEL：03-5923-7100
FAX：03-5923-7105



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	cm	体重	kg 血圧 / 脈搏
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：無・有
	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	無 有 :部位()	
排泄	正常 その他	結核の既往 無・有 (歳)	
機能障害	視覚		
	聴覚		
	四肢		
	言語		
尿	尿糖	尿蛋白	尿潜血
	RBC	血小板	アルブミン
血液検査	WBC	GOT	BUN
	ヘモグロビン	GPT	CRE
	ハマクリット	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： 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

紹介医療機関の
所在地および名称

医師氏名

印