

優っくり村石神井台沼辺小規模多機能型居宅介護

(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		担当ケアマネジャー		
	事業所番号		電話番号：		
	住所		F A X：		
利用希望者	(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				
	介護保険	被保険者番号	要介護区分 支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				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()		自具具: 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 リハビリ バット 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(車入)
	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:						

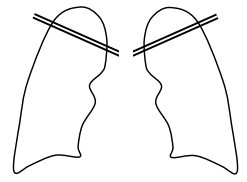
サービス利用前訪問予定日 平成 年 月 日 / 担当者名:

責任者確認欄	受付担当者氏名	社会福祉法人 奉優会 優っくり村石神井台沼辺 優っくり小規模多機能介護石神井台沼辺 東京都練馬区石神井台2-7-5 TEL: 03-5923-7100 FAX: 03-5923-7105	
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日()			
受付連絡済ィリ	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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日 生まれ 歳
身長	cm	体重	kg
血圧		脈拍	
既往歴			
現症	障害高齢者自立度	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	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	無	有 : 部位()
	排泄	正常	その他
胸部所見: 直接・間接		異常: 有・無	
機能障害		視覚	
		聴覚	
		四肢	
		言語	
尿	尿糖	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: イソリ注射 2: バルニター-リ留意中 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 ()			



平成 年 月 日

医療機関の
所在地および名称

医師氏名

印