



優っくり小規模多機能介護高輪台 利用申込書

申込日 令和 年 月 日

利用希望者	フリガナ				性別	生年月日	年	月	日	歳			
	氏名				男・女	電話番号:							
	住所	〒			同居家族(者)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	介護保険情報	被保険者番号		要介護区分	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	申請中	
		認定日	R	年	月	日	有効期間	R	年	月	日	~ R	年
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 担当ケースワーカー			様		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					
					〒								
					mail:				@				
					〒								
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅	在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院の名称			入院日	入院理由							
	<input type="checkbox"/> 入所中	施設の名称			入所日	退所予定							
既往歴	発病時期	病名	発病時期	病名	かかりつけ医療機関名								
						担当医師							
	生活・介護の状況など						外出頻度	週 回以上					
						交友関係	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
利用を希望する理由:													
利用について本人への説明: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)													
利用を希望する時期 <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													
Q1.優っくり小規模多機能介護高輪台を何で知りましたか?													
<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> ケアマネからの紹介 <input type="checkbox"/> 病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 地域包括からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他(
Q2.利用にあたり、小規模多機能に期待したいこと(複数選択可)													
<input type="checkbox"/> 認知症状の緩和 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> アクティビティ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 看取りケア <input type="checkbox"/> 機能維持 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続													
担当ケアマネ	氏名	様	事業所名			事業所番号							
	住所	〒			mail:								
	電話番号			FAX番号			@						

申込書送付先 住所 〒108-0074 東京都港区高輪3-10-16

電話番号 03-6456-3912

利用相談窓口 mail takanawadai-syokibo@foryou.or.jp

FAX番号 03-6456-3932

担当者 城倉 早織

ADL ※本人の身体能力を記入		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)を記入
寝返り	1 できる 2 できない	使用寝具 (特殊寝台 ベッド 布団) ベッド柵 (有 本・無)
起き上がり	1 できる 2 できない	
移乗	1 できる 2 できない	立位の状況
屋内歩行	1 できる 2 できない	使用器具 (有・無) (車いす 杖 歩行器 シルバーカー 補装具) 転倒の可能性 (有・無)
屋外歩行	1 できる 2 できない	使用器具 (有・無) (車いす 杖 歩行器 シルバーカー 補装具) 転倒の可能性 (有・無)
座位	1 できる 2 できない	
着衣	1 できる 2 できない	上半身更衣・下半身更衣・靴下などの状況
身だしなみ	1 できる 2 できない	洗面・歯磨き・整髪・髭剃り・爪きりなどの状況
入浴	1 できる 2 できない	入浴場所、浴槽の出入り・洗身・洗髪などの状況

食 事

食べる状況	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 できない	食事場所 (居室 ベッド上) 食事の準備の状況
嚥下	1 できる 2 見守り 3 できない	
食事形態	1 普通食 2 治療食 () 3 経管栄養 4 その他 ()	治療食等の内容
栄養状態	1 良好 2 不良 (低栄養・食欲不振)	
水分摂取	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	制限 (有・無) 水分量 (適切 不適切)
口腔状態	1 良好 2 不良 (不潔・炎症・痛み)	義歯 (有・無)

排尿・排便

排泄行為	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	後始末 介護の状況
尿意	1 あり 2 ときどき 3 なし	
便意	1 あり 2 ときどき 3 なし	
尿失禁	1 なし 2 ときどき 3 いつも	
便失禁	1 なし 2 ときどき 3 いつも	
用具の使用	1 トイレ (和式・洋式) 2 ポータブルトイレ 3 尿器 4 おむつ・パット 5 留置カテーテル 6 その他	夜間の状況が異なる場合はその状況

Q1.優っくり小規模多機能介護高輪台を何で知りましたか？

HP ケアマネからの紹介 病院からの紹介 地域包括からの紹介 友人・知人 その他（

03-6456-3912
03-6456-3932

)

IADL

本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)を記入

調理	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
掃除	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助 ごみの後始末の状況 ()
洗濯	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
買い物	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
金銭管理	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
薬の管理	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
電話の利用	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助
交通機関の利用	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	交通機関 (電車 バス タクシー) 利用している移動手段 (自家用車 自転車 電動車いす その他)

コミュニケーション、視・聴力

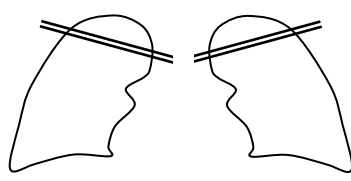
視力	1 日常生活に支障がない 2 形がわかるがはっきり見えない 3 ほとんど見えない	眼鏡 (未使用 使用)
聴力	1 日常生活に支障がない 2 かなり大きな声でないとも聞き取れない 3 ほとんど聴こえない	補聴器 (未使用 使用)
意思の疎通	1 意思の疎通ができる 2 限定的に意思の疎通ができる 3 ほとんどできない	言葉の障害 (有・無)

社会との関わり

社会活動への参加意欲	1 有 2 無	活動内容
他者との関わり	1 有 2 無	
喪失感	1 有 2 無	孤独感 1 有 2 無
地域の協力	1 有 2 無	具体的に

認知症状による現在の生活での困りごと

物忘れ	1 有 2 無	
日常の意思決定	1 できる 2 特別な場合を除いてできる 3 日常的に困難 4 できない	
被害的	1 なし 2 ときどき 3 ある	落ち着きなし 1 なし 2 ときどき 3 ある
作話	1 なし 2 ときどき 3 ある	一人で出たがる 1 なし 2 ときどき 3 ある
感情が不安定	1 なし 2 ときどき 3 ある	収集癖 1 なし 2 ときどき 3 ある
昼夜が逆転	1 なし 2 ときどき 3 ある	物や衣類を壊す 1 なし 2 ときどき 3 ある
同じ話しをする	1 なし 2 ときどき 3 ある	独り言・一人笑い 1 なし 2 ときどき 3 ある
大声を出す	1 なし 2 ときどき 3 ある	自分勝手に行動する 1 なし 2 ときどき 3 ある
介護に抵抗	1 なし 2 ときどき 3 ある	話がまとまらない 1 なし 2 ときどき 3 ある

(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
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	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・有 (歳)	
機能障害	視覚		
	聴覚		
	四肢		
	言語		
血液検査	糖尿	尿蛋白	尿潜血
	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			
朝 昼 夕 就寝前			
Q1.優っくり小規模多機能介護高輪台を何で知りましたか？			
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 03-6456-3912

03-6456-3932

医師氏名

印