



申込日 令和 年 月 日

|  |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
|--|------------------------------|----------|------|---------|------------|-------|------|---------|-------|----|----|----|-----|---|
| 利用者希望者   | フリガナ                         |          |      |         | 性別         | 生年月日  | 年    | 月       | 日     | 歳  |    |    |     |   |
|  | 氏名                           |          |      |         | 男・女        | 電話番号: |      |         |       |    |    |    |     |   |
|  | 住所                           | 〒 豊島区    |      |         | 同居家族(者)    | □有    |      | □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   | □無 □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 |      |         | □無         |       | □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       |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
|  |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| 新型コロナウイルスの予防接種の実施 <input type="checkbox"/> 済 ( 回目 ) <input type="checkbox"/> 未 |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| 生活状況   | 生活・介護の状況など                   |          |      |         |            |       | 外出頻度 | 週 回以上   |       |    |    |    |     |   |
|  |                              |          |      |         |            |       | 交友関係 | □なし □あり |       |    |    |    |     |   |
| 利用を希望する理由:   |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| 利用について本人への説明: □なし □あり (内容: )   |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| 利用を希望する時期 <input type="checkbox"/> 今すぐ契約したい □ 年 月頃までは利用したい □ 他の施設にも申し込んでいる     |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| Q1. 優っくり村豊島南長崎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 ( )                             |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| 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)  |                              |          |      |         |            |       |      |         |       |    |    |    |     |   |
| □認知症状の緩和 □他者との交流 □アクティビティ □食事 □看取りケア □機能維持 □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 優っくり村豊島南長崎開設準備室 (優っくり村新宿西落合内) 電話番号 03-3565-6282  
 住所 〒161-0031 東京都新宿区西落合2-8-7  
 入居相談窓口 mail [minaminagasaki-kantaki@foryou.or.jp](mailto:minaminagasaki-kantaki@foryou.or.jp) FAX番号 03-3565-5622

| 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)<br>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)<br>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<br>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<br>3 できない               |                         |
| 食事形態  | 1 普通食 2 治療食 ( )<br>3 経管栄養 4 その他 ( ) | 治療食等の内容                 |
| 栄養状態  | 1 良好<br>2 不良 (低栄養・食欲不振 )            |                         |
| 水分摂取  | 1 自立 2 見守り<br>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<br>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<br>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)<br>2 ポータブルトイレ 3 尿器<br>4 おむつ・パット<br>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 |

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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>4 できない | 一部できる場合の状況、介護者の援助<br>ごみの後始末の状況 ( )                    |
| 洗濯      | 1 できる<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>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<br>2 一部できる<br>3 行っていないが、できる能力はある<br>4 できない | 交通機関 (電車 バス タクシー)<br>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<br>2 形がわかるがはっきり見えない<br>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<br>2 かなり大きな声でないと聞き取れない<br>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<br>2 限定的に意思の疎通ができる<br>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<br>3 日常的に困難 | 2 特別な場合を除いてできる<br>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            |    | □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      |                |    |          |     |    |     |       | 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                                    |                |    |          |     |    |     |       |                    |   |  |
| 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：<br>(服薬数含む)<br>その他(目薬等)                                    | 朝                                     |                | 昼  |          | 夕   |    | 就寝前 |       |                    |   |  |
|  |                                       |                |    |          |     |    |     |       |                    |   |  |
| 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：パルリチンリル留意中 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