



優っくり村池尻グループホーム 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	(フリガナ) 氏 名		性別	生年月日		明 大 昭 年 月 日(歳)	
			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"/> 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						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

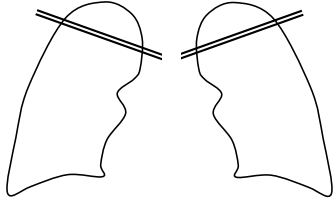
様式2

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)			
	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 ()	
	特記事項：				
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：)
特記事項：					
排 池	方 法	トイレ ポータブル リハバン 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 ()
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				
	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 優っくりグループホーム池尻			
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日 ()		東京都世田谷区池尻二丁目3-45 TEL：03-5779-9131 FAX：03-5779-9132			
受付連絡済フィック		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		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 認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				胸部所見: 直接・間接 異常: 無・有 	
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					
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:		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: イソリジ注射		2: バルニターニル留意中		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 ()	

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