



優っくり村池尻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

様式1

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		
希望者	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	住所	電話番号：
家族状況						
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

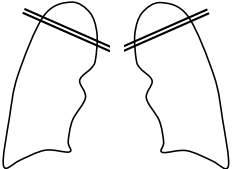
様式2

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)				
	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:	
	食器用具	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 (状態:)	
	咀嚼・嚥下状態について					
特記事項:						
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()		
	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 優っくり村池尻 優っくり小規模多機能型介護池尻		
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 / 脈拍
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：有・無 
	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	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
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 タ 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:インリビ注射 2:バルブカテリル留意中 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()			

平成 年 月 日

医療機関の
所在地および名称

医師氏名

印