社会福祉法人　奉優会　　様式１

優っくり小規模多機能型居宅介護三軒茶屋　利用申込書

地域密着型（介護予防）小規模多機能型居宅介護

申込日　平成　　年　　月　　日

申し込み者	事業所名		担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ
	事業所番号		電話番号：
	住　所		ＦＡＸ：
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　支援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	□ 自　宅	□独　居　期間　～	
	□ 入院中	病院・施設の名称	
	□ 入所中	入院・入所期間　～	
	□ サービス利用中　□デイサービス週　回　□通所リハ週　回　□ショートステイ頻度（　）		
	□訪問介護週　回　時間（内容：　）　□訪問リハ週　回　時間（内容：		
	□訪問看護週　回　時間（内容：　）　□配食サービス　□他		

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　□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

利用を希望する理由：	備考：

〔優っくり村小規模多機能型：初版：平成23年10月1日〕

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	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：			

排泄	方　法	トイレ　ポータブル　リハパン　パット　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	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（車イス）
	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

上記の件、受付いたしました
平成　　年　　月　　日（　　）

受付連絡済ﾁｪｯｸ	持込　／　FAX　／　郵送

社会福祉法人　奉優会
優っくり小規模多機能介護三軒茶屋（準備室）
（介護予防）小規模多機能型居宅介護
東京都世田谷区三軒茶屋二丁目32−14
TEL：03−3449−9611（白金の森）
FAX：03−3449−9617（白金の森）

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　　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　C2	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　・　あり　（　　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：（服薬数含む）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：ﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ留意中　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（　　）

平成　　年　　月　　日

医療機関の

所在地および名称

医師氏名　　印

〔優っくり村小規模多機能型：初版：平成23年10月1日〕