



グループホーム

小規模多機能

利用申込書

認知症対応型共同生活介護(予防介護)

小規模多機能型居宅介護(予防介護)

申込日 令和 年 月 日

利用者希望者	(フリガナ)		性別		生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	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				
家族状況	氏名(フリガナ)		年齢	続柄	職業	住所
						電話番号:
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		
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:	
担当ケアマネジャー氏名				支援事業所名		
住所				事業者番号		
電話番号:				FAX:		

ADL・身体情報

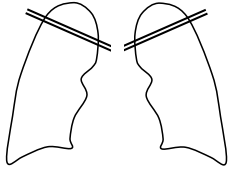
様式2

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 (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 リハバン バット その他 1.自立 2.部分介助 3.全介助		尿意： 無 有 / 便意： 無 有	
	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			
	歯磨き	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 優づくり村文京小日向 申込受付窓口 認知症対応型共同生活介護 担当者：前田 優づくり村文京小日向 TEL：03-5810-1758 FAX：03-5810-1767		
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日 ()			小規模多機能型居宅介護 担当者：森 優づくり村文京小日向 TEL：03-5810-1757 FAX：03-5810-1765		
受付連絡済フィック	持込 / FAX / 郵送				

(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

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： 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：インシュリン注射 2：バルブカテテル留置中 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