



# 優っくりグループホーム高輪台 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

申し込み者	氏名	続柄		電話番号:		
	住所	〒		FAX:		
入居希望者	フリガナ	性別		生年月日 年 月 日 歳		
	氏名	男・女		電話番号:		
	住所	〒		同居家族(者) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 月 日	
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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
					〒	
					〒	
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅	在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
利用を希望する理由:						
入居について本人への説明: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: )						
入居を希望する時期 <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						
Q1.優っくりグループホームを何で知りましたか?						
<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> ケアマネからの紹介 <input type="checkbox"/> 病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 地域包括からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
Q2.入居にあたり、グループホームに期待したいこと(複数選択可)						
<input type="checkbox"/> 認知症状の緩和 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> アクティビティ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 看取りケア <input type="checkbox"/> 機能維持 <input type="checkbox"/> 充実した生活						
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 住所 〒161-0031 東京都新宿区西落合2-8-7 電話番号 03-3565-6282

入居相談窓口 mail [takanawadai-grouphome@foryou.or.jp](mailto:takanawadai-grouphome@foryou.or.jp) FAX番号 03-3565-5622

担当者 杉本 りな/丸山 めい

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) 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) 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 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 3 できない	
食事形態	1 普通食 2 治療食 ( ) 3 経管栄養 4 その他 ( )	治療食等の内容
栄養状態	1 良好 2 不良 (低栄養・食欲不振 )	
水分摂取	1 自立 2 見守り 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 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 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) 2 ポータブルトイレ 3 尿器 4 おむつ・パット 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	一部できる場合の状況、介護者の援助 ごみの後始末の状況 ( )
洗濯	1 できる 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 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 2 一部できる 3 行っていないが、できる能力はある 4 できない	交通機関 (電車 バス タクシー) 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 2 形がわかるがはっきり見えない 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 2 かなり大きな声でないと聞き取れない 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 2 限定的に意思の疎通ができる 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

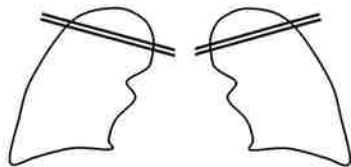
認知症状による現在の生活での困りごと

物忘れ	1 有 2 無	入居に関しての本人の理解度
日常の意思決定	1 できる 2 特別な場合を除いてできる 3 日常的に困難 4 できない	1 理解できている 2 理解できていない 3 その都度説明すれば理解できる
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



# 診療情報提供書

様式4

(フリガナ)		生年月日	
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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    結核の既往 無 ・ 有 ( 歳)
	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		
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			
朝 昼 夕 就寝前			
現在服用中の薬： (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：バルブカテーテル留置中 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