

グループホーム 一青の家 【入居申し込み書】

令和 年 月 日  
受付職員

本人氏名		性別 (男・女)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
郵便番号 住所	〒 929 - 中能登町 ※ 中能登町在住者が入居可能です。	
連絡先	ご家族氏名 間柄 ( )	
郵便番号 住所	〒 - ※ 家族住所は、本人住所と異なる場合に記入して下さい。	
	自宅Tel - -	携帯Tel - -
	勤務先名	勤務先Tel - -
要介護度	(申請中。要支援1・支援2。要介護1・介護2・介護3・介護4・介護5)	
ケアマネ (紹介者)	事業所名「ひまわり、鹿寿苑、なごみの里鹿島、けいじゅ在宅」 ○印をお願いします。	
利用施設 (利用頻度)	「ひまわり、鹿寿苑、なごみの里鹿島、恵寿みおや、ほのぼの、デイいこい」 ○印をお願いします。	
主治医	中尾医院、安田医院、かじ内科クリニック 藤田医院、能登病院、恵寿病院	先生
病 気	病 名 いつ頃からか 年	
お薬	内服薬 (朝・昼・夕・眠前) 軟膏・座薬・目薬・湿布 ※ お薬の説明表をお持ち下さい	
入居申請の 経緯		
	例：デイサービスを利用していたが、日中は家族が不在となり、心配なので申請した。	

※ あてはまる項目に○印・記入をお願いします。

食 事	主食（ご飯・おかゆ）、副食（常菜・少し刻む・刻む）		食事量 （        ）割食べる
	種類（普通食・糖尿病食・塩分制限あり        g制限）		
	動作	（自立・一部介助・介助）	
入れ歯	残歯	本。 入れ歯（あり・なし）	部分入れ歯（あり・なし）
		入れ歯（上・下）	部分入れ歯（上・下）

トイレ	尿意 （あり・少しあり・なし）		
	便意 （あり・少しあり・なし）		下剤 （あり・少しあり・なし）
	リハビリパンツ （あり・なし）		尿取りパッド （あり・なし）

着替え	（自立・一部介助・介助）		
お風呂	洗体 （自立・一部介助・介助）		
	洗髪 （自立・一部介助・介助）		

歩 行	独歩・フラツキ （あり・少しあり・なし）		
	（杖・歩行器・老人車）		
睡 眠	（良眠・少し不眠・不眠）		
	睡眠薬等の服用 （あり・なし）		
会 話	（出来る・少し難しい・難しい）		

認知症	（あり・少しあり・なし）		
	※ 認知症の症状もご記入下さい。		
	※ グループホームは、認知症の方が入居できます。		
その他			

他施設への「入居申込みの有無」（あり・なし）

「鹿寿苑 なごみの里鹿島 しあわせの里」

※ [あり]の方は、施設名に○印をつけて下さい。

※ 他施設へ入居された場合は、ご連絡下さるようお願いします。