

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	大正・昭和	年 月 日	（ 歳）
郵便番号 住所	〒 929 ー 中能登町  ※ 中能登町在住者が入居可能です。		
ご家族氏名			続柄（ ）
郵便番号 住所	〒 ー  ※ 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	ー ー	携帯Tel ー ー
	勤務先名		勤務先Tel ー ー
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 事業所名 （紹介者）	「ひまわり、鹿寿苑、なごみの里鹿島、ケアマネステーション恵寿、その他」 ○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、ほのぼの、その他」 ○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、精神センター、恵寿病院、七尾病院、その他		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  ※ お薬の説明書をお持ち下さい		
入居申請の 経緯			
	例：デイサービスを利用していたが、日中は家族が不在にでなるので申請した。		

※ 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・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 その他」			
※ [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いたします。			