

グリーン・ケア入居希望者情報

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日	歳
氏名			昭和				
住所	〒						
電話番号		携帯電話					

身元保証人		続柄					
住所	〒						
電話番号		携帯電話					

入居申込理由：

介護認定	なし・あり (事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)						
担当ケアマネジャー		事業所名	TEL				

現在、利用中のサービス	通所介護	：	週	回	訪問介護	：	週	回
その他：								

主治医		医療機関名						
受診頻度	(週間・ヶ月) に1回							
その他かかりつけ医								

病歴 (該当に○)

高血圧	糖尿病	心疾患	腎臓病	肝臓病	脳梗塞			
白内障	緑内障	その他	()					
認知症	有・無	症状						

服薬内容：

身体の様子等 (該当に○)

視力	普通・見えにくい	眼鏡 (有・無)	聴力	普通・聞こえにくい	補聴器 (有・無)
歩行	独歩・杖・押し車		転倒	度々あり・時々あり・なし	
食事	箸・スプーン・フォーク		お膳運び	可能・介助が必要	
食事内容	主食：常食・軟飯・お粥		副食：常食・一口大・刻み・ミキサー		
食事留意点	(アレルギー・食事制限など)				朝食時 (どちらか)
	牛乳・ヤクルト				
義歯	自歯・総義歯 (上・下)・部分義歯 (上・下)				
排泄	布パンツ・尿取り・紙パンツ		失禁	あり (尿・便)・なし	
入浴	自立・介助が必要		着替え	自立・介助が必要	
家事	掃除 (自立・介助)		洗濯 (自立・介助)		調理 (自立・介助)
その他					