



ニチイケアセンター周南久米



ご入居のしおり

この度は、ニチイケアセンター周南久米へお申込み頂きまして誠にありがとうございます。

有料老人ホームきらめきでは、お客様が、「その人らしく穏やかに実りある生活」を送っていただけるように、自立支援と機能訓練を取り入れながら、真心を込めてお客様の生活をサポートさせていただきます。

お客様のご入居をスタッフ一同心よりお待ちしております。

★ご不明な点がございましたら下記にお気軽にお問い合わせ下さい。

拠点名	ニチイケアセンター周南久米 有料老人ホーム 二チイのきらめき
住所	〒745-0801 山口県周南市大字久米 2677-1
電話番号	0834-39-1301

**ニチイ**

ご入居までに、下記の物をご準備下さい。ご準備いただく物は決して新しい物である必要はありません。特にお客様がご自分の物と認識されている物、こだわりをお持ちの物など、使い慣れた馴染みの物をご準備下さい。

■衣類・日常生活品等

衣類	普段着（季節に合わせて上下）、肌着や下着（季節に合わせて上下）、寝間着、靴下、コート、マフラー、帽子、ひざ掛け 等
履物	外出用・室内用の靴（※サンダル、スリッパは転倒しやすく危険です。）
日用品	タオル5枚、バスタオル3枚、石鹸、シャンプー、ブラシ、歯ブラシ、入れ歯（入れ歯ケース、洗浄剤）、眼鏡、化粧品、洗剤、掃除用洗剤、ティッシュペーパー、トイレトペーパー、ゴミ箱、マグカップ、その他日常生活用品 等

■お部屋の準備品

カーテン	予めご用意してありますが、馴染みの物も持ち込んで頂けます。
室内の敷物	ベッドを使用しない場合等、必要に応じてご用意下さい。
ご本人が使用する寝具類	布団、ベッド、ベッドパッド、まくら、毛布 等
電化製品	テレビ、ラジオ、加湿器、電話（工事費用についてはお客様の実費負担です）

※カーテン、敷物をお持ちになる場合は、防災の物をご用意下さい。

※居室内にクローゼットはございますが、収納ケースやたんすなどご持参することをお勧めします。

上記以外に、

- ① ご本人（場合により身元引受人）の収入を証明できるもの
（源泉徴収票、年金証書、恩給証書、最新年金改定通知書、年金支払通知書 等）
※上記に関して原本でなくても、コピーで可能です。
※ご本人の収入が確認できれば、身元引受人の収入の確認は不要です。
- ② 介護保険被保険者証（原本）
- ③ 健康保険証及び老人医療受給者証（原本）
- ④ 後期高齢者医療保険者証（原本）
- ⑤ 医師から処方されている内服中のお薬
- ⑥ オムツ、リハビリパンツなど必要に応じて消耗品等

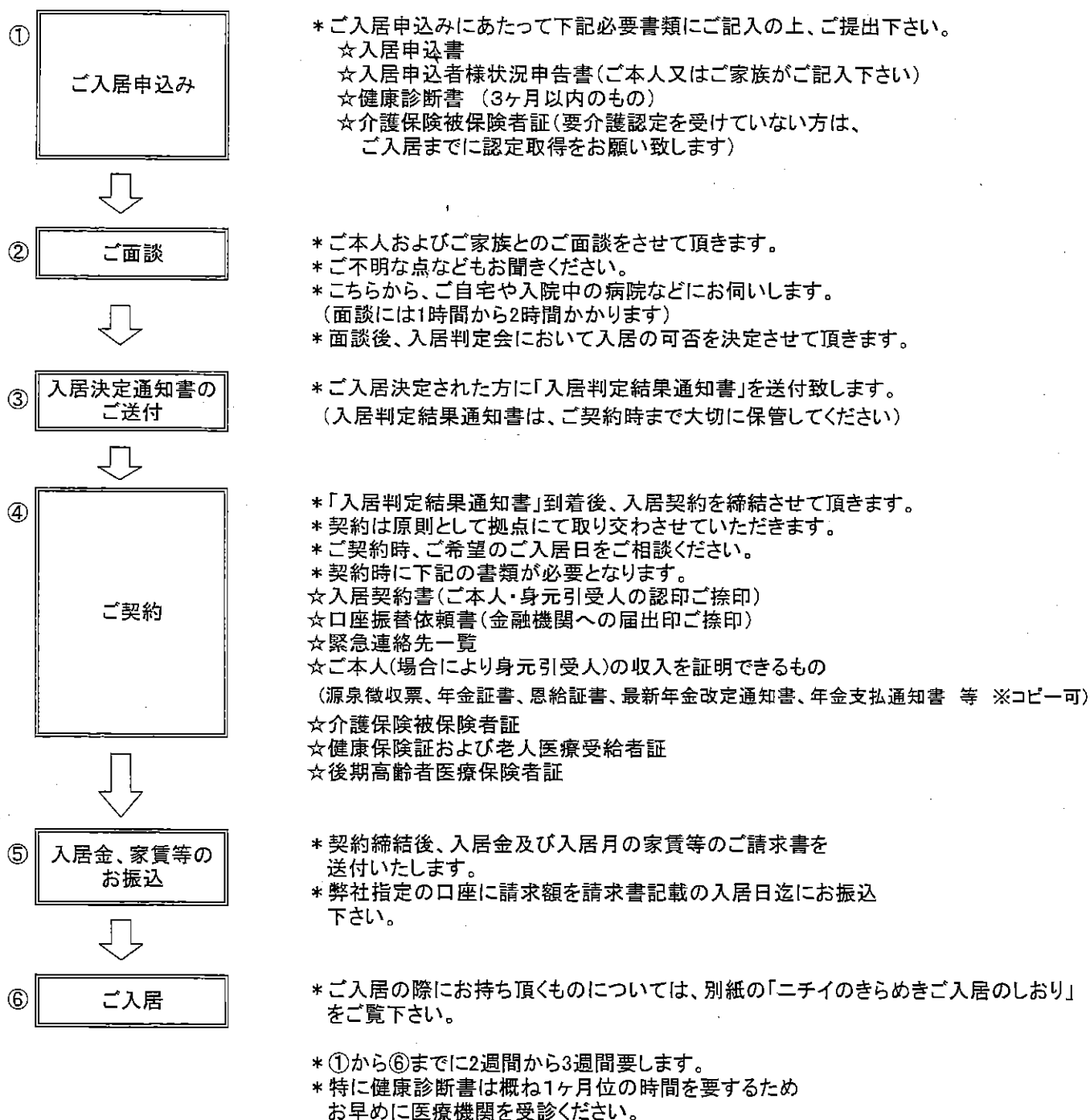
をご持参下さい。

■お願い

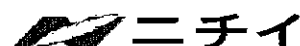
- ◆ 持ち物には、お名前を明記して頂きます様お願いします。
- ◆ 金銭貴重品の持込に関して、当施設は責任を負いかねますので、ご了承願います。
- ◆ ご入居前にお部屋の収納スペースの確認をお勧めします。
- ◆ お持込される家具などは、居室内での安全の見地から収納スペースに収まることを基本とさせていただきます。
- ◆ 「持ち物チェックシート」に持ち物全てを記入して頂き、入居日にご持参下さい。

ニチイのきらめき お申込みからご入居までの流れ

★★ この度は、ニチイのきらめき周南久米へお申込み頂きましてありがとうございました ★★



拠点名	ニチイケアセンター周南久米 有料老人ホーム ニチイのきらめき
住所	山口県周南市大字久米2677-1
連絡先	0834-39-1301



入居申込書

記入日 年 月 日

お申込み日	年 月 日	希望入居日	年 月 日
希望拠点又は希望地域	第1希望		第2希望
ご入居予定者様氏名	フリガナ 印	男	生年月日 年 月 日
		女	年齢 歳
住所 (介護保険証の住所)			
状況	介護度	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
身元引受人様氏名	フリガナ		続柄
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅	TEL	時 ~ 時
	会社	TEL	時 ~ 時
	携帯	TEL	時 ~ 時
ご家族以外でご入居者様の以前の状況がわかる方の連絡先	介護支援専門員・主治医・施設等の担当者の連絡先		

■ 第一連絡先

ご氏名		続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅	TEL	時 ~ 時
	会社	TEL	時 ~ 時
	携帯	TEL	時 ~ 時

■ 第二連絡先

ご氏名		続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅		時 ~ 時
	会社		時 ~ 時
	携帯		時 ~ 時

- ※ 太枠は必ずご記入下さい。
- ※ お客様又は身元引受人様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報を本入居目的以外に使用することはありません。
- ※ 本申込書の提出がご入居の決定ではございません。本申込書は、ご入居の為に必要な書類のひとつとなります。ご入居にあたり必要な書類においては、別紙『ニチイのきらめき お申込みからご入居までの流れ』をご確認下さい。
- ※ 申込後に状況の変化(転居・入院・連絡先の変更 等)があった場合は、必ずお申込先の施設までお知らせ下さい。

拠点名	ニチイケアセンター周南久米
住所	〒745-0801 山口県周南市大字久米2677-1
電話番号	TEL 0834-39-1301 FAX 0834-39-1302

受付担当者



入居申込者様状況申告書 (現在の状態をお知らせ下さい。)

お客様氏名			記入者	
要介護度	(未申請)	自立	要支援 ()	要介護 ()
認知症	アルツハイマー型認知症		脳血管性認知症	その他 ()
	物忘れ・場所が分からない・時間が分からない・昼夜逆転・興奮・幻覚			
	妄想 (物取られ・被害)・暴言・暴力・徘徊 その他の症状 ()			
	お困りのこと ()			
身長・体重	身長	cm (測定日	年 月) / 体重	kg (測定日 年 月)
健康状態	良好	大病はないが体は弱い	病気がちである	
聴力	正常範囲	大きな声で聞こえる	失聴	(補聴器 有・無)
視力	正常範囲	低下 (右・左・両方)	失明	(メガネ 有・無)
睡眠	良眠	浅い眠り	不眠症	睡眠薬あり
排泄	自立	一部介助	全面介助	(オムツ・ポータブルトイレ・紙パンツ
	お困りのこと () (尿失禁・便失禁)			
入浴	自立	一部介助 ()	全面介助	
歩行	自立	一部介助	全面介助	車椅子使用 (その他)
着脱衣	自立	一部介助 ()	全面介助	
起立	自立	一部介助	全面介助	手すりなどを利用している
食事	介助	自立	一部介助	全面介助 (部分入歯・総入歯) 自助具 ()
	種類	主食 () 副食 (常食・軟食・きざみ食・流動食)		
アレルギー	なし	あり (食べ物 薬 他)		
意思表示	正常範囲	基本的欲求のみ	困難	
話の理解	正常範囲	まれに理解	困難	
運動障害	なし	軽度麻痺 (部位)	片麻痺 (部位)	完全麻痺
精神機能	正常範囲	意欲の低下 ()		
皮膚所見	湿疹の有無	(有・無)	有の場合 (部位)	
	皮膚のかゆみ	(有・無)	有の場合 (部位)	
	褥瘡 (床ずれ) の有無	(有・無)	有の場合 (部位)	
常備薬・内服薬				
今までに大切にされていたものや事柄				
好きな活動・趣味				
きらめきのご入居にあたって、ご要望があればご記入ください。				

※個人情報が入居判定の際に使用する為のもので、他では一切使用いたしません。

ニチイケアセンター 周南入木
 拠点名
 住所 〒745-0801 山口県周南市大字久米2677-1
 電話番号 TEL 0834-39-1801
 FAX 0834-39-1802



健康診断書

病院にて表記項目の健康診断をお受けになり、この健康診断書を担当医にて記載いただき、ご提出ください

お客様	(ふりがな)		性別	生年月日	年齢
			男・女	明・大・昭 年 月 日	(歳)
身長	cm (測定日 年 月)		尿 検 一 般	測定値	参考値
体重	kg (測定日 年 月)			糖 () (-)200mg/日以下	
聴力	右 大声・普通・小声聞こえる・難聴・失調			蛋白 () (-)100~150mg/日以下	
	左 大声・普通・小声聞こえる・難聴・失調			潜血 () (-)陰性	
視力	右 () メガネで新聞が読める・裸眼で読める		ケトン () (-)陰性		
	左 () メガネで新聞が読める・裸眼で読める				
血圧	mmHg 参考値 150~100/90~60 mmHg		感 染 症	結核の既往 (有 ・ 無)	
血 液 検 査	測定値			B型肝炎HBs抗原 (陽性 ・ 陰性)	
	参考値			B型肝炎HBs抗体 (陽性 ・ 陰性)	
	血糖	110mg/l以下		C型肝炎HCV抗体 (陽性 ・ 陰性)	
	GOT	5~35KU/l		MRSA (+ ・ -)	
	GPT	5~35KU/l		梅毒 (陽性 ・ 陰性)	
	γ-GTP	~55U/l	疥癬 (有 ・ 無)		
	赤血球	男400~539 女360~489 × 10 ⁴ /μl	病 歴		
	白血球	3200~8500/μl			
	ヘモグロビン	男13.0~16.6 女11.4~14.6g/dl			
	ヘマトクリット	男38.0~48.9 女34.0~43.9%			
血小板数	14.0~37.9 × 10 ⁴ /μl				
尿素窒素	8~20 mg/dl				
クレアチニン	男~1.1 女~0.8mg/dl	治療食		無 ・ 有 ()	
総蛋白	6.5~8.0 g/dl	認知症	無 ・ 有		
心 電 図	<input type="checkbox"/> 正常 (脈拍 / 分) 心房細動 (無 ・ 有)		胸 部 X 線	撮影日:平成 年 月 日(No.)	
	<input type="checkbox"/> 異常			所見:	
入居に際しての諸注意をご記入ください。(内服薬・栄養状態・嚥下等と生活に関してご記載ください。)					
病院名			診断書記入日 年 月 日		
所在地					
連絡先					
			担当医師		印

※検査項目と内容を網羅するものであればこの帳票に限るものではありません。

持ち物チェックシート No. _____

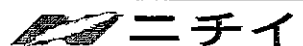
入居時

お客様 氏名	性別 男・女	居室番号	号室
-----------	--------	------	----

※持ち物にはお名前の記入をお願いします。金銭・危険物の持ち込みはご遠慮ください。

種類	物品名	特徴	数量	入居時 確認	備考
日用品・その他	洗面用具・入浴用具一式（洗面石鹸・身体用石鹸・シャンプー・リンス・洗身タオル・洗面器・歯磨きセット等）				
	化粧水				
	ゴミ箱（部屋用・トイレ用）				
	トイレ掃除道具（ブラシ・洗剤）				
	トイレトペーパー・ティッシュ				
	フタつきバケツ				
	コップ（プラスチックなどの割れにくいもの）				
	洗濯洗剤				
	趣味の品				
	靴（外用・室内用・歩きやすく脱げにくいもの）				
	ハンガー（10本程度）				
	めがね・補聴器				
	バスタオル（4～5枚程度）				
	フェイスタオル（10枚程度）				
	食卓用エプロン（必要に応じて2枚程度）				
寝具	ベッド（レンタルされない場合）				
	布団一式（掛布団・敷布団・枕・毛布）				
	ベッドパット				
	ラバーシーツ（必要に応じて2枚程度）				
	クッション・座布団等				
	内服中のお薬（1～2週間分）				
	介護保険証・後期高齢者医療保険証				
	診察券				

入居日	年 月 日 ()	ご家族様 確認	印	拠点 確認者	印
-----	-----------	------------	---	-----------	---



記入日 年 月 日

持ち物チェックシート No. _____

入居時

お客様 氏名	性別 男・女	居室番号	号室
-----------	--------	------	----

※持ち物にはお名前の記入をお願いします。金銭・危険物の持ち込みはご遠慮ください。

種類	物品名	特徴	数量	入居時 確認	備考	
衣類	トレーナー					
	セーター					
	Tシャツ					
	ブラウス・シャツ					
	カーディガン					
	ズボン					
	スカート					
	肌着（半袖）					
	肌着（長袖）					
	下着ズボン下					
	下着パンツ					
	靴下（5～6足程度）					
	防寒着（コート・ジャケット等）					
	帽子					
膝掛け						
パジャマ（夏用・冬用 各2～3着程度）						
家具・家電	テレビ・ラジオ・時計					
	収納ボックス・タンス					
	机・椅子					
	電気シェーバー					
	電話（ご希望の場合、電話会社とお客様の個人契約になります。）					

入居日	年 月 日 ()	ご家族様 確認	印	拠点 確認者	印
-----	-----------	------------	---	-----------	---

