

# 「済生会 なでしこの杜」入居申込書

受付No.	
受付日	令和 年 月 日

申込日 : 令和 年 月 日

フリガナ				明治	性別
氏名		生年月日	大正 年 月 日		男・女
			昭和 ( 歳)		
		要介護度	自立・要支援 ( 1・2 )		
		要介護 ( 1・2・3・4・5 )			
		<input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月)			
住所	〒 TEL ( - - )				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている ( <input type="checkbox"/> 介護サービス等を利用 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していない ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所中 ( 施設名 : ) <input type="checkbox"/> 医療機関 ( 病院等 ) に入院中 ( 病院名 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
担当 介護支援 専門員	事業所名				
	連絡先		担当者名		
かかりつけ 医療機関	医療機関名				
	連絡先		主治医名		
現病歴		既往歴			
身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行介助	
		<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
認知機能	症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ややあり	<input type="checkbox"/> あり	
特別な対応	<input type="checkbox"/> 点滴管理	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ストーマ ( 人工肛門 )	
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入居 希望日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 頃				
情報提供 同意	今後「なでしこの杜」が関係機関へ問い合わせ、入居申し込み書の情報を得ることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				

【申込者】 ⇒ 今後の連絡先

フリガナ			
氏名	住所	〒	
	連絡先	TEL ( - - )	
	続柄		

【ご希望・ご要望等】

※お預かりした個人情報、パンフレット送付、入居の相談・案内等の連絡以外には利用しません。



社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部鹿児島県済生会  
 済生会鹿児島地域福祉センター  
 済生会 なでしこの杜

【入居に関するお問い合わせ先】

〒890-0022 鹿児島市小野町2427番2  
 TEL 099-202-0710  
 FAX 099-283-4733