

『済生会 なでしこの杜』入居申込書

受付No.	
受付日	平成 年 月 日

申込日 : 平成 年 月 日

フリガナ				明治	性別
氏名	生年月日	大正 年 月 日 昭和 (歳)		男・女	
	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"/> 開設と同時期 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 頃				

【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2-4-27番2
 TEL 099-202-0710
 FAX 099-283-4733