

フレンドリーハウスのぎく 入所希望の皆様へ

入所申し込みにあたって次の書類の準備をお願い致します。

- ① 入所申込書（入所申込書は見本もありますので参考にしながらご記入ください。）
- ② 介護保険被保険者証の写し
- ③ その他、本人の情報が載ったものがあればお願い致します。

※ ご不明な点などありましたら当施設まで御連絡下さい。
また書類提出後、こちらから確認させて頂く場合もありますので、
その際にご協力をお願い致します。

【問合せ先】

〒897-1302

鹿児島県南さつま市笠沙町赤生木11372-397

◀▶ 介護老人保健施設 さつま野菊園

担当 管理者 住 吉

TEL 0993-63-1210 FAX 0993-63-1210



フレンドリーハウスのぎく 入所申込書

申請年月日	平成 年 月 日					
利用希望者	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	
	住所					
	現在の居所	自宅・病院・施設・その他()				
	電話番号			世帯状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居	
申請者 (連絡者)	氏名				続柄	
	住所					
	電話番号					
入所申込の理由						
家族構成	氏名	続柄	年齢	入所希望者と	住所	電話番号
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
介護認定	要支援 (1・2)			要介護 (1・2・3・4・5)		
	有効期間:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
居宅支援事業所				担当ケアマネージャー		
現在利用の 在宅サービス	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	給食
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	その他()
	<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>	往診		
主治医	(病院名)			(主治医)		
医療の状況	<input type="checkbox"/>	経管栄養	<input type="checkbox"/>	胃ろう	<input type="checkbox"/>	在宅酸素
	<input type="checkbox"/>	インシュリン注射	<input type="checkbox"/>	その他 ()		
	※ 現在、治療中の病気・特記事項 ()					

※ 介護保険証の写しも一緒に提出して下さい。

ADL(日常生活動作)

食 事	箸・スプーン
	自 立・食べこぼしが多い・一部介助・全介助
	摂取時間：()分くらい
排 泄 (昼)	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
	自 立・一部介助・全介助
	自分から排泄の訴えがありますか？ ある・ない
排 泄 (夜)	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
	自 立・一部介助・全介助
	自分から排泄の訴えがありますか？ ある・ない
更 衣	自 立・一部介助・半介助・全介助
寝 返 り	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
起き上がり	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
立ち上がり	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
移 乗	自 立・一部介助・全介助
歩 行	歩行器・シルバーカー・杖・装具
	自 立・見守り・一部介助・不可能
車 椅 子	自 立・一部介助・全介助
入 浴	自 立・一部介助・全介助
	1週間に何回程、入っていますか？ ()回程度
洗 面	自 立・声かけ必要・全介助
睡 眠	毎日眠れる・時々眠れない・眠れない日が多い
会 話	可能・やや可能・不可能
視 力	見える・見えにくい・見えない
聴 力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない
理 解 力	理解できる・やや理解できる・理解できない
そ の 他	

フレンドリーハウスのぎく 入所申込書(見本)

申請年月日	平成	年	月	日	申込書を提出する日を記入してください	
利用希望者	氏名	野菊 太郎		生年月日	明(大)昭 1 年 1 月 1 日 (75) 歳	
	住所	南さつま市笠沙町赤生木〇〇番地				
	現在の居所	<input checked="" type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> その他()				該当するものに〇して下さい
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	世帯状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居		
申請者 (連絡者)	氏名	野菊 次郎		続柄	次男	
	住所	南さつま市笠沙町赤生木〇〇番地				
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
入所申込の理由	出来るだけ詳しく記入してください。 (例: 自宅で介護してきたが、歩き方が不安定で自宅での生活に不安がある。自宅での生活をまた送るためにリハビリをしたいため。認知症の進行があり介護が難しくなってきた為。など)					
家族構成	氏名	続柄	年齢	入所希望者と	住所	電話番号
	野菊 幸子	妻	83	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	南さつま市笠沙町赤生木〇〇番地	0993-63-0000
	野菊 一郎	長男	56	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	南さつま市笠沙町片浦〇〇番地	0993-63-0001
	野菊 次郎	次男	50	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	東京都〇〇区〇〇番地	03-0000-0000
	山下 菊子	長女	55	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	南さつま市笠沙町赤生木〇〇番地	090-0000-0000
	笠沙 花子	次女	53	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	大阪府〇〇市〇〇番地	07-000-0000
介護認定	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4 <input checked="" type="radio"/> 5)			
	有効期間: 平成 17 年 1 月 1 日 ~ 平成 17 年 12 月 31 日					
居宅支援事業所	担当の事業所を記入してください			担当ケアマネジャー	担当のケアマネジャーを記入してください	
現在利用の 在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 給食			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 往診	該当するものに印をして下さい			
主治医	(病院名) 〇〇病院			(主治医) 〇〇先生		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	該当するものに印をして下さい		
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	※ 現在、治療中の病気・特記事項 わかる範囲で結構ですので記入してください					

※ 介護保険証の写しも一緒に提出して下さい。

ADL(日常生活動作)



食 事	箸・スプーン
	自 立・食べこぼしが多い・一部介助・全介助
	摂取時間: (30)分くらい
排 泄 (昼)	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
	自 立・一部介助・全介助
	自分から排泄の訴えがありますか? ある・ない
排 泄 (夜)	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
	自 立・一部介助・全介助
	自分から排泄の訴えがありますか? ある・ない
更 衣	自 立・一部介助・半介助・全介助
寝 返 り	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
起き上がり	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
立ち上がり	自 立・つかまれば可能・一部介助・全介助
移 乗	自 立・一部介助・全介助
歩 行	歩行器・シルバーカー・杖・装具
	自 立・見守り・一部介助・不可能
車 椅子	自 立・一部介助・全介助
入 浴	自 立・一部介助・全介助
	1週間に何回程、入っていますか? (3)回程度
洗 面	自 立・声かけ必要・全介助
睡 眠	毎日眠れる・時々眠れない・眠れない日が多い
会 話	可能・やや可能・不可能
視 力	見える・見えにくい・見えない
聴 力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない
理 解 力	理解できる・やや理解できる・理解できない
そ の 他	他にありましたら記入してください