

社長印	館長		事務印	受付印

カーサ・デ・ソル諏訪湖
マンションステイ・体験入居 申込書
(FAX) 0266-27-0318

申込日	年 月 日
居室No.	D・F

入居者	ふりがな		男 女	生年 月日	明治・大正・昭和	年齢	才	
	氏名				年 月 日			血液型
	介護の有無	要・不要 (自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					担当介護支援専門員	
	利用サービス	無・有 (訪問介護 通所介護 訪問看護 訪問リハビリ)						
現住所	〒 _____ 都 道 区・市 府 県 郡							
電話番号	自宅	携帯						

入居希望日程	日程	月 日	午前 午後	時より	月 日	午前 午後	時まで	合計	泊
	お食事	月 日	朝食 食より 夕	月 日	朝食 食まで 夕	合計	食		

介護状況	排泄	(自立・トイレ・オムツ・リハパン・パット・ポータブルトイレ)								
	入浴	(自立・見守り・一部介助・全介助)								
	食事	(自立・見守り・一部介助・全介助) (主食: ご飯・おかゆ)(副食: 常食・一口・きざみ・極きざみ・ミキサー) (水分トロミ: あり・なし)(禁止食材・アレルギーなど:)								
	移動	(自立・杖・歩行器・車椅子)								
	内服薬	(あり: ・なし) 内服管理(できる・できない)								
	認知症	(徘徊 同じ話の繰り返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 その他()								
	既往症									

申込者	ふりがな		男 女	生年 月日	明治・大正・昭和	年齢	才
	氏名				年 月 日		
	現住所	〒 _____ 都 道 区・市 府 県 郡					
	電話番号	自宅	携帯				

緊急時連絡先	ふりがな		男 女	関係	(長男・嫁など)		
	氏名						
	現住所	〒 _____ 都 道 区・市 府 県 郡					
	電話番号	自宅	携帯				
職業	ふりがな		電話				
	勤務先		番号				

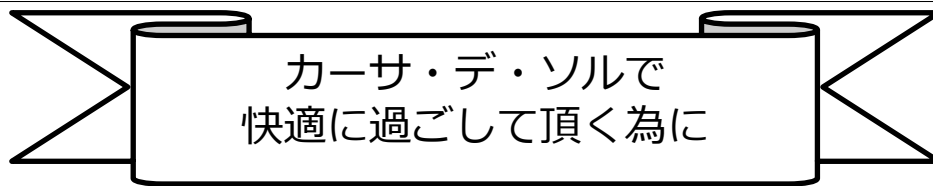
◎特記事項:

- ・原状回復について、通常使用による汚損ではなく、お客様の不注意などによる汚損については、原状回復にかかる費用をご負担いただきます。
- ・居室に臭いが残る場合、壁紙交換などの費用がかかります。
費用例:床材(タイルカーペット全面交換) = 80,000円(Dタイプ居室)～
:壁紙交換 = 50,000円(Dタイプ居室)～
:室内清掃、除菌 = 20,000円～
:エアコン清掃 = 10,000円～
その他、備品等の器物損壊・紛失等につきましては、実費となります。(上記費用例は税別です)

※上記特記事項の内容を、ご承知おきください。

入居者または代理人署名: _____

印



○好きな食べ物は何か？

○嫌いな食べ物がありますか？

○好きな事・得意な事は何か？ 例:クラシック音楽が好き:料理が趣味 等

○好きなテレビ番組は何か？ 例:相撲中継、旅番組、鑑定団 等

○入居したらどんなことをやりたいですか？ 例:諏訪湖周辺ウォーキング 等

カーサ・アカデミー講座のご案内

- ①好きな歌を大きな声で
- ②おしゃれで若返り
- ③歴史の詰まった郷土を知ろう
- ④写真
- ⑤骨董お宝
- ⑥心とからだの健康づくり

- ⑦絵画
- ⑧蕎麦打ち
- ⑨お笑い

※好きなジャンルに○をつけてください。

カーサ・デ・ソル湖浜では通所型サービスAでカーサ・アカデミー(大人向け講座)を行っております。(体験無料です)