

社長印	課長印	係長印	事務印	受付印

カーサ・デ・ソル湖浜
マンションステイ・体験入居 申込書
(FAX) 0266-27-3865

申込日	年 月 日
居室No.	A・B

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 夕食	食より	月 日	朝食 夕食	食まで	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 番号		
	勤務先				

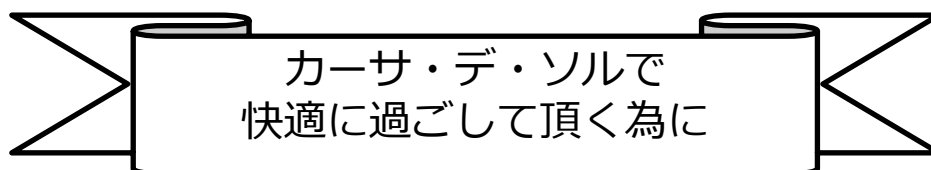
◎特記事項:

- ・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(Aタイプ居室)～
:壁紙交換＝50,000円(Aタイプ居室)～
:室内清掃、除菌＝15,000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



○お好きな食べ物は何か？

○嫌いな食べ物はありますか？

○お好きな事・得意な事は何か？ 例:クラシック音楽が好き:料理が趣味 等

○お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 | ⑦絵画 |
| ②おしゃれで若返り | ⑧蕎麦打ち |
| ③歴史の詰まった郷土を知ろう | ⑨お笑い |
| ④写真 | |
| ⑤骨董お宝 | |
| ⑥心とからだの健康づくり | |

※お好きなジャンルに○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)