

社長印	課長印	係長印	事務印	受付印

カーサ・デ・ソル湖浜入居 申込書  
(FAX) 0266-27-3865

申込日 平成 年 月 日  
居室No. A・B・S

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		
	介護の有無	要・不要 (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 府県			区・市 郡				
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-			

入居希望日程	日程	平成 年 月 日	午前 時より 午後
	お食事	月 日	朝食 食より 夕 特記:(食事形態、アレルギー、好き嫌いなど)

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		
	現住所	〒 - 都道 府県			区・市 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						年	月	日	
	現住所	〒 - 都道 府県			区・市 郡					
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-			
	職業	ふりがな				電話 番号	- -			
勤務先										