

社長印	館長印	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	令和 年 月 日
居室No.	A・B・S

入居者	ふりがな				男	生年	明治・大正・昭和	年齢	才
	氏名				女	月日	年 月 日		
	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	〒 ー 都 道 区・市 府 県 郡								
電話番号	自宅	ー ー			携帯	ー ー			

入居希望日程	日程	令和 年 月 日	午前 午後	時より
	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	生年	明治・大正・昭和	年齢	才
	氏名				女	月日	年 月 日		
	現住所	〒 ー 都 道 区・市 府 県 郡							
	電話番号	自宅	ー ー			携帯	ー ー		

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