

ケアハウス体験利用申込書

社会福祉法人 勤翁慈温会
ケアハウスつくばの杜 施設長殿

申込日 平成 年 月 日

ご利用者様 氏名 _____
住所 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

利用日 平成 年 月 日 曜日 ~ 平成 年 月 日 曜日

食事 平成 年 月 日 曜日 ~ 平成 年 月 日 曜日
(朝食 昼食 夕食)から(朝食 昼食 夕食)まで

利用料 1日 3500円(食事込み)

身元保証人 氏名 _____
住所 _____
生年月日 _____
電話番号 _____
携帯電話 _____
ご利用者様とのご関係 _____

体験入居は7日間までとします。
食事・寝具は施設にて用意します。
健康診断書(3ヶ月以内)・誓約書を提出して頂きます。

| 施設長 | 事務 | ケア職員 |
|-----|----|------|
| | | |

誓約書

ご利用者住所

ご利用者氏名

今回ケアハウスつくばの杜体験入居に際し、いかなることがあっても一切の責任は当方で任にあたり

当施設には一切の迷惑はお掛けしません

また、心身の障害等のため、施設の生活に著しい支障をあたえる恐れが

あると認められた時は退居をすることに異議ありません。

平成 年 月 日

身元保証人

住所

氏名

⑩

健康診断書

ケアハウス入居申込用

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----|----------------|--------|-------------------|
| 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 歳 |
| 現住所 | | | | | |
| 身長 | | 体重 | | 血圧 | 梅反 |
| 脈拍 | | 呼吸 | | 体温 | |
| 視力 | R () L () | 聴力 | | 血液型 | Rh + - |
| 肝機能 | GOT GPT コレステロール | 検尿 | 蛋白 潜血 尿糖 | 血液 | 白血球 赤血球 血色素 |
| 胸部X線 | | 心電図 | | 義歯の有無 | |
| | | | | 認知症の有無 | |
| 既往歴 | | | | 四肢の状態 | |
| 現病歴(治療中の疾病及び治療経過、処方) 常用薬 | | | | | |
| 入居判断(自立生活の可・不可、集団生活上の留意点等) | | | | | |

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

住所

医師

㊞