

お申し込みの流れ

お手元にごございます以下の書類をご準備ください。

①入居申込書 ②健康診断書 ③個人情報使用同意書 ④介護保険証のコピー

上記書類を提出いただきました後、お客様のご入居に向けた準備を開始いたします。

※入居をお急ぎの場合はこの限りではありませんので、ご相談ください。

また、お申し込みをいただいた後、その他書類のご準備について、ご案内いたします。

契約からご入居まで

入居契約は基本的に、入居前までに行わせていただきます。
やむを得ずお時間が取れない場合は、入居当日でも結構です。

《入居契約までにご家族で話し合っていたいただきたいこと》

- ・緊急時の連絡先を2名以上決めておいてください。
- ・契約時、連帯保証人と身元引受人を決めておいてください。
(連帯保証人は身元引受人を兼ねることができます。)

《契約時に必要な物》

- ・月額利用料が引き落とされる口座の印鑑、通帳。
医療機関(医科・歯科・薬局)との契約も同日に行わせていただく場合がございます。

入居前払金のご入金(前払金方式を選択の方のみ)

【お振込先口座】 **みずほ銀行 第五集中支店 普通口座：1847006**

【お振込先】 **株式会社ツクイ**

*手数料はお客様負担となります。

*入居予定者様本人のお名前にて、ご入居(居室引渡日を含む)2日前までにお振込みください。

持ち物のご用意

別紙、持ち物リストを参照いただき準備をお願いいたします。
荷物搬入の日取りなどはご相談ください。

ご入居

乗用車または車椅子対応車がございます。
施設からのお迎えも可能な限り対応させていただきますので、
ご相談ください。

ご不明な点がございましたら、いつでもお気軽にお問い合わせください。



(様式 - 1)

ツクイ・サンシャイン南翼
入居申込書

株式会社 ツクイ
ツクイ・サンシャイン南翼 殿
下記の通り入居を申し込みます。

年 月 日

●入居ご予定者

| | | | |
|------|--|------------|---------|
| フリガナ | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| ご芳名 | | | |
| ご住所 | | 電話番号 | |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 | 年 月 日 (歳) | |
| 要介護度 | 自立 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) | 申請中 | |

【ご住所以外でお住まい (入院中等) の場合】

| | | | |
|---------------|--|----------------------|-----|
| 種別 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 (| | |
| 名称 |) (ご担当者様) | | |
| 担当 ケアマネジャー | 居宅介護支援事業所: | | 氏名: |
| 入居ご希望日 | 年 月 日 | ※未定の場合は、予定日をご記入ください。 | |

●お申込者

| | | | |
|------|--|------|--|
| フリガナ | | 続柄 | |
| ご芳名 | | | |
| ご住所 | | 電話番号 | |

- 添付資料 ①介護保険証の写し ※複写ができない場合は訪問面接時にご提示ください。
②健康診断書 (様式 - 2)

●訪問面接ご希望日時・場所

| | | | |
|---------------------------------|---------|-----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 希望日あり | 第 1 希望日 | 年 月 日 AM PM : 頃 | ご自宅 ・ その他 () |
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 第 2 希望日 | 年 月 日 AM PM : 頃 | ご自宅 ・ その他 () |

ご入居前に専門相談員がお伺いいたします。お申込者様などのお立会いを可能な限りお願いしております。

●備考欄

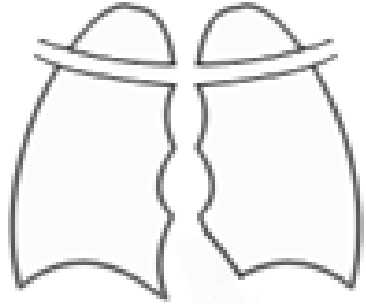
| |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|

(様式-2)

健康診断書

| | | | | |
|------------|---|-----|--------------------|----------|
| フリガナ 氏名 | | 男・女 | 生年月日 年 月 日 (歳) | 明治・大正・昭和 |
| 住所 | 〒 | | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

| | |
|-----|-----|
| 既往歴 | 現病歴 |
| | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
| (身長 c m) (体重 k g) 血圧 (/) 脈拍 回/分 | | | |
| 検査所見《検査日 年 月 日》 ※3ヶ月以内の情報 | | | |
| 尿 | 蛋白 - ± + | 胸部レントゲン(撮影日 年 月 日) 所見  異常あり ・ 異常なし | |
| | 糖 - ± + | | |
| | 潜血 - ± + | | |
| 血液 | WBC RBC | | |
| | Hb Ht | | |
| 生化学 | TP アルブミン | | |
| | GOT GPT | | |
| | γ-GTP T-c ho | | |
| | TG BUN | | |
| | クレアチニン CRP定量 mg/dl | | |
| 感染症 | HBs 抗原 () 抗体 () | 心電図 所見 | |
| | HCV 抗体 - + | 糖尿病(現病歴・ 既往歴)のある方 | HbA1C () |
| | ワ氏反応 TPHA法定性 - + | | FBS () |
| | 疥癬 - + 部位 () | 結核の既往 | 無・有 () |
| | | アレルギー(薬・食物) 無・有 () | |
| 特記事項 | | 皮膚疾患(褥瘡含む) 無・有 () | |
| | | 医療器具 無・有 () | |

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

有料老人ホーム ツクイ・サンシャイン南巽 管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名

印