

# 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：1847010

【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・サンシャイン上越  
入居申込書

株式会社 ツクイ  
ツクイ・サンシャイン上越 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

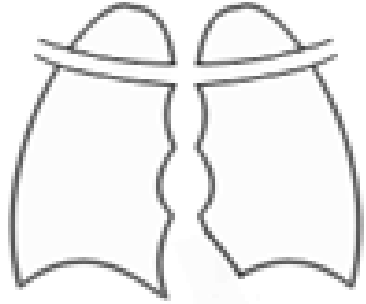
備考欄
-----

(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	
	ワ氏反応	TPHA法定性	—            +	HbA1C (            )	
	疥癬	—            +	部位 (            )	FBS (            )	
				結核の既往	
特記事項		アレルギー(薬・食物) 無・有 (            )			
		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・サンシャイン上越 管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名

印