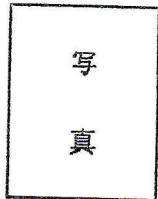


入居申込書

社会福祉法人 はしま
 ケアハウス寿光苑
 理事長 森川 貞秋 様



フリガナ
 (入居者) 氏名 _____ 印 次のとおり軽費老人ホーム「ケアハウス寿光苑」の入居を申し込みます。

居室の希望		一人室 ・ 二人室	入居希望日	平成	年	月	日
入居者 本人	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳) 男 ・ 女					
	現 住 所						
	本 籍 地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県					
	健康保険記号番号						
	介護保険被保険者番号						
	自 家 用 車	有 ・ 無					
利用料等 経費支払 (右のい ずれかに ○付す。)	1 本人負担 2 一部縁故 者 3 全額縁故 者	* 2 又は 3 の場合には、その縁故者の 住所 〒 _____ 氏名 _____ 職業 _____ TEL _____ 続柄 _____					
続柄	氏 名	年齢	住 所			職 業	
			〒 _____ TEL _____				
			〒 _____ TEL _____				
			〒 _____ TEL _____				
			〒 _____ TEL _____				
			〒 _____ TEL _____				

身元保証書

平成 年 月 日

社会福祉法人 はしま
ケアハウス寿光苑理事長様

(本人) 住所

氏名

この度、上記本人 が貴施設に入居するに際して、下記事項を
厳守するとともに、本人の身元並びに貴施設に対する債務等に関する一切の事
柄について、身元保証人が連帯してその責任を負うことを証するため、署名捺
印の上本書を提出致します。

身元保証人(1) 現住所

TEL ()

職 業

本人との関係

氏 名 実印

生年月日 明治：大正：昭和 年 月 日

身元保証人(2) 現住所

TEL ()

職 業

本人との関係

氏 名 実印

生年月日 明治：大正：昭和 年 月 日

記

- 1, 寿光苑の管理運営規定を遵守すること。
- 2, 寿光苑での生活が不相当と認められた場合には、身元保証人の責任において即時退却させるとともに、本人の身柄を引き受けること。
- 3, 所定の利用料・費用等は、毎月指定期日までに納入させること。
- 4, 本人が所定の利用料・費用等を支払わないときは、身元保証人が本人に代わって支払うこと。
- 5, 故意又は過失によって、本人が施設建物又は施設の設備に損害を与え、又は、施設長の許可なしに居室に工作・改造等を加えたときは、本人と連帯してその損害を弁償し、又は原状に回復させること。

健康診断書

氏名		男・女		
住所	(TEL)			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)			
診断名 及び状況	現病歴	既往歴		
	認知症の有無、 有(状況:) 無、			
検査 及び所見	(1)身長	cm	体重	kg
	(2)血圧	~	mm Hg	
	(3)尿所見	蛋白 (+・-)	糖 (+・-)	
	(4)心電図			
	(5)胸部レントゲン所見			
	(6)感染症疾患	有 (HBS ・ HCV ・ 梅毒 ・ MRSA ・ TB ・ 疥癬 ・ 他) ・ 無		
	(7)入浴の可否	可・否 (注意事項)		
	(8)輸送の可否	可・否 (注意事項)		
服薬内容				
その他 特記事項	食品アレルギー 有 () ・ 無			
	薬品アレルギー 有 () ・ 無			
平成 年 月 日				
(医師) 住所				
氏名				
(印)				
(TEL)				