

ご入居までの手続きのご案内(短期入居用)

① ご見学

- ・「有料老人ホーム太寿園」をご見学、担当職員とご相談、お打ち合わせの上、ご家族とよく話し合ってください。



② 申込書の提出

- ・「入居申込書」及び「健康診断書」をご提出頂きます。提出により入居のご予約となります。その際、「介護保険証」も確認をさせていただきます。
※「健康診断書」により健康状態を確認させていただきます。



③ ご本人様及びご家族との面談

- ・当園にて、ご本人様のご家庭での様子や趣味、食べ物の好き嫌い、アレルギーの有無、健康状態、ご家族の要望等、入居される上で参考になる事柄をお聞きし、安全かつ快適に生活して頂けるかを判断させていただきます。



④ 入居契約

- ・面談にて、入居可能と判断させて頂いた方につきましては、下記の書類を提出して頂き、ご契約となります。

[契約時にご持参いただく物]

1. 短期入居契約書 (お持ち帰りいただいた方)
2. ご本人様の「認印」
3. 身元引受人様の「認印」
4. 介護保険被保険者証原本 (必ずご持参願います)
5. 介護保険負担割合証 (必ずご持参願います)
6. 後期高齢者医療被保険者証 (75歳以上の方)
7. 高齢者医療被保険者証 (74歳までの方)
8. 身体障害者手帳 (お持ちの方)

⑤ ご入居

- ・契約成立後ご入居となります。

平成 年 月 日

たいじゅえん
 有料老人ホーム太寿園
 短期入居申込書

「有料老人ホーム太寿園」に入居致したく健康診断書を添えて下記の通り申し込みます。
 なお、この申込書の記載内容が事実と相違するときは、申し込みを無効とされても異議ありません。

フリガナ					性別	男・女
申込者 (入居希望者)						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)					
要介護認定	・要支援1・要支援2 ・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
現住所	〒 _____					
電話番号						
連絡先①	住所 氏名 電話番号	〒 _____				
連絡先②	住所 氏名 電話番号	〒 _____				
家族の状況 近親者	氏名	続柄	年齢	現住所	同居・別居	
現在の状況	1. 持家 (マンション) 2. 借家 3. 借間 4. その他					
同居の状況	有 ・ 無 有の場合 (人)					

必要物品リスト(短期入居)

太寿園

ベッド	<ul style="list-style-type: none"> ・園で用意いたします。
寝具類・衣類	<ul style="list-style-type: none"> ・寝具一式、シーツ、かけ布団カバー、枕カバーは、園で用意いたします。その他、必要があれば持参ください。 ・寝衣3枚程度 ・衣類、下着(丸洗いでできるもの)
靴	<ul style="list-style-type: none"> ・室内用(上履き)
タオル・バスタオル	<ul style="list-style-type: none"> ・フェイスタオル5枚程度 ・バスタオル3枚程度
洗面セット	<ul style="list-style-type: none"> ・歯ブラシ、歯磨き粉、コップ、石鹸、櫛、髭剃り、爪切り等
消耗品	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレットペーパー、ティッシュペーパー ・オムツ類等、洗濯用洗剤、トイレ掃除ブラシ・洗剤、洗面台用スポンジ
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・湯呑み又はマグカップ ・雑巾2枚、バケツ(小)1個、ゴミ箱 ・洗濯物入れ(蓋付きバケツ等) 洗濯ネット(大)2枚程度 ・入浴用バック(着替え等を入れるものです) ・本人様が日常生活で必要とされるものは、適宜持参ください。

※食事介助用エプロン、防水シートが必要な方はご用意ください。ご紹介も出来ます。

※トレーニングパンツ、オムツ類等必要な方は、当園より購入お願いいたします。

※持参品には必ず記名をお願いします。

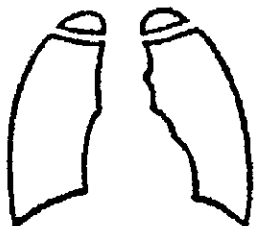
ご不明な点がございましたらお気軽にお尋ね下さい。

健康診断書

フリガナ				性別	男・女	
氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒					

身長	cm	体重	kg	血圧	/	脈拍	血型	RH
感染症	HBs	HCV	TPHA	その他		視力	聴力	
肝機能	GOT	血液	白血球	検尿	蛋白			
	GPT		赤血球		潜血			
	コレステロール		血色素		尿糖			

胸部X線 平成 年 月 日撮



心電図

義歯の有無

既往歴

常用薬

現病歴

現症

総合診断

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

検診機関

所在地

機関名

医師

印