

入居申し込みにアクセスいただきましてありがとうございます。

マリンピア銚子の入居申込書は次ページのとおりであります。

ダウンロードをしたうえご使用ください。

(詳しくは、「サービス・お申し込みについて」をご覧ください。)

注 意

1 この申込書の提出をもって、入居が決定したことにはなりません。後日行う面接調査のうえ決定されます。

2 面接の通知を受けたときは、次の書類をご持参のうえ、身元保証人様と共に指定する日時にお越しください。

- ① 健康診断書（指定様式）
- ② 年金証書等の写し、確定申告書の写し、源泉徴収票の写し
- ③ 市区町村民税の課税（非課税）証明書・・・前年度分
- ④ 健康保険証・後期高齢者医療被保険者証（該当者）
- ⑤ 戸籍謄本・住民票の原本証明書

※この申込書提出後、住所等記載内容が変わった場合、または申し込みを取り消したい場合は、必ずご連絡ください。

問い合わせ・提出先

〒288-0014

千葉県銚子市外川町4-11229 ケアハウス マリンピア銚子

☎ 0479-25-6600 FAX 0479-25-6712

URL <http://welfare-marinepia.or.jp/>

入居申込書

平成 年 月 日

ケアハウス マリンピア銚子施設長 様

写真

(3×2.5)

入居希望者 氏 名	フリガナ	性 別 男 女	生 年 月 日		
	(印)		(明・大・昭)	年 月 日	年 齡 歳
住 所	〒	都・道 府・県		電 話 番 号	
				☎ — —	
本 籍 地		都・道 府・県		携 帯 — —	

次のとおり入居を申し込みます。

1. 希望居室 ① 単身居室 ② 夫婦居室

2. 収入の状況（前年分）

厚生年金	_____円	国民年金	_____円
共済年金	_____円	遺族年金	_____円
恩 給	_____円	給 与	_____円
不動産収入	_____円	利子収入	_____円
借 入 金	_____円	そ の 他	_____円

3. 家族の状況（配偶者・兄弟・子等近親者）

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	年齢	住 所	職 業	電 話
		M・T・S・H ・				
		M・T・S・H ・				
		M・T・S・H ・				
		M・T・S・H ・				

4. 住居の状況

区 分	自 家 ・ 借 家 ・ ア パ ー ト ・ そ の 他 ()		
広 さ	部 屋 数 (室 畳)	家 賃 (月 額)	円
現在の住居の問題点			

5. 身体の状況

日常生活動作

移 動	自 立 ・ 一 部 介 助 (杖 使 用 有 ・ 無) ・ 全 介 助 (車 イ ス 使 用 有 ・ 無)		
食 事	自 立 ・ 一 部 介 助 (箸 の 使 用 可 ・ 不 可) ・ 全 介 助		
入 浴	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助		
排 泄	自 立 ・ 一 部 介 助 (お む つ 使 用 有 ・ 無) ・ 全 介 助		
着 脱 衣	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助		
性 格	()	対 人 関 係	拒 否 的 ・ 普 通 ・ 協 調 的
精 神 状 態	正 常 ・ 精 神 障 が い 有 (有 の 場 合 :)		
問 題 行 動	有 ・ 無 ・ 時 々		

健康状態

通院加療中の病名	・ 病 名 ・ 最 近 5 年 間 に か か っ た 病 気 ()
病院名	
身体障がい	無 ・ 有 (部 位 種 級)
介護認定	無 ・ 有 有 の 場 合 (要 支 援 1 ・ 要 支 援 2 ・ 要 介 護 1 ・ 要 介 護 2 ・ 要 介 護 3 以 上) 認 定 期 間 (年 月 从 年 月 まで)
	現在利用中のサービス

6. 入居希望の理由 (具体的に)

--

7. 身元保証人

氏 名	生 年 月 日	年 齢	住 所 (電 話 番 号)		
	M ・ T ・ S ・ H ・ ・	歳	〒 - ()		
職 業	勤 務 先 (電 話)	()		本 人 と の 関 係	

入居申込時 健康診断書

氏 名	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
病 名		既 往 歴			
身 長	Cm	脈 拍 / 分 (不整脈 有・無)			
血 圧	/ mm Hg (安定・不安定)	BMI 値			
栄養状態	良 中 不良	視 力 ※1	右 () 良・やや不良・不良 左 () 良・やや不良・不良		
浮 腫	眼 脛 () 下 腿 ()	聴 力	右 良・やや不良・不良 左 良・やや不良・不良		
胸 部 レントゲン検査 (結 核)	撮影日 平成 年 月 日	梅毒反応	()		
	異常あり	B型肝炎検査	()		
	異常なし	C型肝炎検査	()		
E C G		MRSA ※2	喀痰 () 褥瘡 ()		
尿 検 査	ウロビリノーゲン ()	伝 染 性 皮 膚 疾 患	有 (病名:) 無		
	蛋 白 ()	便 検 査	虫 卵 ()		
	糖 ()		赤痢菌 ()		
	潜 血 ()		その他 ()		
血液検査	白 血 球	総-cho	GOT		
	赤 血 球	HDL-cho	GPT		
	ヘモグロビン	TG	γ-GTP		
	ハマトクリット	ヘモグロビンA1C	Alb/TP		
	C R P	血液型			
精神疾患の有無 有 ・ 無 (病名:)					
投 薬 内 容					
医師の意見					
上記のとおり診断いたします。 平成 年 月 日					
		医療機関名 名 称 住 所 医 師	印		

注) ※1 : 視力の測定が困難な場合は良・やや不良・不良の中から判断して下さい。
 ※2 : MRSA 検査は必要と思われる場合のみ実施して下さい。