

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

写真

(3×2.5)

令和 年 月 日

ケアハウス マリンピア銚子施設長 様

入居希望者 氏名	フリガナ	性別 男 女	生年月日		
			(明・大・昭)	年	月
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・R ・				
		M・T・S・H・R ・				
		M・T・S・H・R ・				
		M・T・S・H・R ・				

#### 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 から 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)	撮影日令和 年 月 日	異常あり	梅毒反応	( )		
		異常なし	B型肝炎検査	( )		
			C型肝炎検査	( )		
E C G			MRSA ※2	喀痰 ( )	褥瘡 ( )	
尿検査	ウビリノーゲン ( )	蛋白質 ( )	伝染性皮膚疾患	有 (病名: ) 無		
	糖 ( )	潜血 ( )	便検査	虫卵 ( )	赤痢菌 ( )	その他 ( )
血液検査	白血球		総一cho	GOT		
	赤血球		HD L - 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。 令和 年 月 日						
医療機関名 名称 住所 医師						

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。