

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：1847026**

【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・サンシャイン町田東館
入居申込書

株式会社 ツクイ
ツクイ・サンシャイン町田東館 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

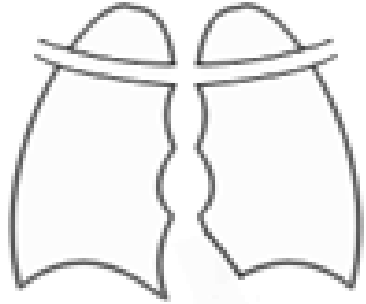
備考欄

(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	HbA1C ()
	ワ氏反応	TPHA法定性	—	+		FBS ()
	疥癬	—	+	部位 ()	結核の既往	無・有 ()
					アレルギー(薬・食物)	無・有 ()
特記事項		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・サンシャイン町田東館

管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名

印