

# 入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 <sup>めぐみ</sup>愛の会  
ケアハウス「ハートピア石岡」

施設長 殿

ケアハウス「ハートピア石岡」に入居したいので、  
関係書類を添えて、下記により申し込みます。

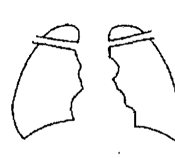
入居者  
写真

(6ヶ月以内のもの)

フリガナ 氏名				⑩	性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日	(才)
住所					電話		
本籍							
利用方法	単身			夫婦同室			
家族 の 状 況	続柄	氏名	年齢	現住所			電話
身元 保証人	氏名			⑩	年齢	続柄	
	住所					電話	
お申込みの理由	(具体的に詳しくお書きください)						

# 健康診断書

軽費老人ホーム ケアハウス ハートピア石岡

氏名			男・女	生年月日	T・S 年 月 日 ( 歳)			
既往歴								
病名				経過				
身長 ( ) cm		体重 ( ) kg		血压 ( / )				
麻痺	有・無	上肢 (右・左)	下肢 (右・左)	血液型 ( ) 型 Rh ( + ・ - )				
拘縮	有・無	部位 (肩 ・ 股 ・ 肘 ・ 膝) → (軽度 ・ 中度 ・ 重度)						
褥瘡	有・無	部位 ( )		大きさ ( × cm)				
精神障害 (認知症の状態等)								
検査結果	GOT	IU/l	血中脂質	中性脂肪	mg/dl	尿	蛋白	( + ・ - )
	GPT	IU/l		HDLコレステロール	mg/dl		潜血	( + ・ - )
	ALB			LDLコレステロール	mg/dl		糖	( + ・ - )
	血糖 (食後 h)		mg/dl					
感染症	HBs抗原	( + ・ - )		胸部X線撮影結果 (令和 年 月 日撮影)				
	HCV抗体	( + ・ - )						
	ガラス板法	( + ・ - )						
	TPHA	( + ・ - )						
	疥癬	( + ・ - )						
								
継続が必要な薬				特記事項				

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 所在地

名称

TEL

医師名

印