

重要事項説明書

記入年月日	令和 2 年 7 月 12 日
記入者名	
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) カブシキガイシャエクセルビル 株式会社エクセルビル	
主たる事務所の所在地	〒558-0011 大阪市住吉区苅田 5 丁目 15 番 17 号	
連絡先	電話番号	06-6629-8810
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	
代表者(職名/氏名)	代表取締役/高田忠雄	
設立年月日	平成 23 年 12 月 8 日	
主な実施事業	不動産の売買、管理、賃貸及びその仲介等	

2 事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) サービスツキコウレイシャジュウタク フジノハナ サービス付き高齢者住宅 ふじの華	
届出・登録の区分	高齢者の居住の安全確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
サービス付高齢者住宅の 類型	住宅型	
所在地	〒546-0024 大阪市東住吉区公園南矢田三丁目 4 番 19 号	
主な利用交通手段	地下鉄御堂筋線「あびこ」駅より徒歩約 13 分	
連絡先	電話番号/FAX 番号	06-6654-3722/06-6654-3723
	メールアドレス	fujikaigo@fujigroup.co.jp
	ホームページアドレス	http://fujikaigo.jp/
管理者(職名/氏名)	施設管理者/	
サービス提供受託者	株式会社富士介護サービス 大阪市住吉区我孫子東二丁目 1 番 6 号 3D	
サービス付高齢者住宅事 業開始日(登録番号)	平成 29 年 6 月 1 日 (大阪市長 (サ高住 28) 第 1 号) (サ高住登録)	

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新	有り			
	賃貸借契約の期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
	面積	649.80 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	有り	契約の自動更新	有り			
	賃貸借契約の期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
	延床面積	1227.88 m ² (うちサービス付き高齢者住宅部分 809.48 m ²)							
	竣工日	平成 29年5月1日			用途区分	共同住宅(サ高住)			
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合:					
	構造	鉄骨造		その他の場合:					
	階数	4階 (地上)		4階、地階		0階)			
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性			適合している					
居室の状況	総戸数	29戸		届出又は登録をした室数			29室		
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等)	
	一般居室個室A	○	○	×	○	○	21.19 m ²	8 1人部屋	
	一般居室個室A2	○	○	×	○	○	22.58 m ²	1 1人部屋	
	一般居室個室B	○	○	×	○	○	20.04 m ²	15 1人部屋	
	一般居室個室C	○	○	×	○	○	22.53 m ²	3 1人部屋	
	一般居室個室D	○	○	×	○	○	21.04 m ²	1 1人部屋	
	一般居室個室E	○	○	×	○	○	20.79 m ²	1 1人部屋	
共用施設	共用トイレ	1カ所		うち男女別の対応が可能なトイレ			0ヶ所		
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			2ヶ所		
	共用浴室	併設事業所/大浴場 1ヶ所			個室 6ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	チェアー浴 1ヶ所			ヶ所			その他:	
	食堂	1ヶ所			面積 75.57 m ²				
	入居者や家族が利用できる調理設備	無し							
	エレベーター	有り(ストレッチャー対応) 1ヶ所							
	廊下	中廊下 1.6m			片廊下 m				
	汚物処理室	1ヶ所							
	緊急通報装置	居室 有り		トイレ 有り		浴室 有り		脱衣所 有り	
通報先 1階事務所			通報先から居室までの到着予定時間 2分						
その他	併設地域密着型通所介護事業所に大浴場あり								
消防用設備等	消火器	有り	自動火災報知設備 有り			火災通報設備 有り			
	スプリンクラー	有り	無しの場合 (改善予定時期)						
	防火管理者	有り	消防計画		有り	避難訓練の年間回数 2回			

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者がプライバシーに配慮された居室と、介護度が高くなっても安心して生活のできる環境の中で、高齢者それぞれが必要とする各種サービスを利用しながら、自分らしい生活が実現出来る場を提供する。	
サービスの提供内容に関する特色	状況把握、安否確認、食事の提供、健康管理・治療への協力、訪問介護事業所・医療機関との連携、身元引受人への連絡、金銭管理等のサービスを提供する。	
サービスの種類	提供形態	委託業者名等 2
入浴、排せつ又は食事の介護	無し	
食事の提供(希望者のみ)	調理済品の配膳	
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	無し	
健康管理の支援(供与)	無し	
状況把握・生活相談サービス	委託	株式会社富士介護サービス
提供内容	各居室への安否確認、24 時間緊急コールへの対応、救急搬送の同行及び家族への連絡、夜間巡回、生活相談への助言	
サ高住の場合、常駐する者	介護職員初任者研修修了者もしくはヘルパー2 級以上	
健康診断の定期健診(希望者のみ)	委託	各主治医
	提供方法	各担当主治医による
利用者の個別的な選択によるサービス	※別添 2(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表)	
虐待防止	①従業者に対し、虐待防止研修を実施している。 ②入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ③職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ④職員は虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。	
身体的拘束	身体拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。(継続して行う場合はおおむね 1 ヶ月毎行う。)	

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな) ふじのはな/ふじほうもんかいごじぎょうしょ ふじの里 /富士訪問介護事業所
主たる事業所の所在地	〒558-0013 大阪市住吉区我孫子東二丁目 1 番 6 号 3D
事業者名	(ふりがな)かぶしきがいしゃふじかいごさーびす 株式会社富士介護サービス
併設内容	地域密着型通所介護/訪問介護

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	富士居宅介護支援センター
主たる事業所の所在地	大阪市住吉区我孫子東 2 丁目 1 番 6 号 3D
事業者名	株式会社富士介護サービス
連携内容	居宅介護支援

(医療連携の内容) ※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配、ご家族への連絡		
	その他の場合:		
協力医療機関	名称	医療法人慈心会 あびこ病院	
	住所	大阪市住吉区我孫子 3-3-20	
	診療科目	内科	
	協力内容	訪問診療、訪問看護等	
		その他の場合:	
	名称	医療法人 旭医道会 中村クリニック	
	住所	大阪府大阪市住之江区住之江区粉浜1丁目23-31	
	診療科目	内科・循環器科	
	協力内容	訪問診療	
	名称		
住所			
協力内容			
協力歯科医療機関	名称	松浦歯科	
	住所	大阪市住吉区我孫子 1 丁目 5 番 15 号 2F	
	協力内容	訪問歯科診療	
		その他の場合:	

(入居後に居室を住み替える場合) 【住み替えを行っていない場合は省略】

入居後に居室を住み替える場合		その他の場合:	
判断基準の内容			
手続の内容			
追加的費用の有無		追加費用	
居室利用権の取り扱い			
前払い償却の調整の有無		調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	変更の内容	
	便所の変更	変更の内容	
	浴室の変更	変更の内容	
	洗面所の変更	変更の内容	
	台所の変更	変更の内容	
	その他の変更	変更の内容	

(入居に関する要件)

入居対象となるもの	要支援、要介護		
留意事項	要介護認定者の方を優先いたします		
契約の解除の内容	普通賃貸借契約書第 11 条		
事業主体からの解約を求める場合	解約条項	普通賃貸借契約書第 11 条	
	解約予告期間	6 ヶ月	
入居者からの解約告知機関	30 日前		
体験入居	あり	内容	実費ショートステイ
入居定員	29 人		
その他			

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数(実人数)			兼務している職種名及び人数
	合計 21	常勤	非常勤	
施設管理者	1	1		併設事業所含む
生活相談員 (直接処遇職員)	1	1		併設訪問介護事業所
介護職員	12	5	8	併設訪問介護事業所
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1	1		併設居宅介護支援事業所
栄養士				
調理員	3		3	
事務員	2	1	1	
その他職員				併設地域密着通所事業所

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
		常勤	非常勤	
介護福祉士	6	3	3	併設事業所含む
介護職員初任者研修修了者	5	2	3	併設事業所含む
介護福祉実務者研修修了者	1		1	併設事業所含む

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計			備考
		常勤	非常勤	
看護師または准看護師	1	1		
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
柔道整復師				
あん摩マッサージ指圧師				併設施設事業所

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間(17時～9時)			
	平均人数	最小時人数(宿直者・休憩者等を除く)	
介護職員		1人以上	1人
生活相談員(介護職員)		人	人
		人	人
		人	人

(職員の状況)

施設管理者		他の職務との兼務				あり					
		業務に係る資格等		あり	資格等の名称	ヘルパー2級					
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数					2						
前年度1年間の退職者数					1					1	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満				3						
	1年以上 3年未満	1		4	5		1		1		
	3年以上 5年未満				1	1				1	
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
備考											
従業者の健康診断の実施状況		あり									

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	無し	
要介護状態に応じた金額設定	無し	
入院等による不在時における利用料金(月払いの取り扱い)	有り	
	内容:食費については、利用実績に基づき日割り計算	
利用料金の改定	条件	物価、租税、経済事情の変動による場合、協議の上改定する場合がある
	手続き	運営懇談会の意見を聴く

(代表的な利用料金プラン)

		プラン B	
入居者の状況	要介護度	要介護 2	
	年齢	問わない	60 歳以上
居室の状況	部屋タイプ	一般居室個室	
	床面積	20.04 m ²	
	トイレ	あり	
	洗面	あり	
	浴室	なし	
	台所	あり	
	収納	あり	
入居時点で必要な費用	敷金	100,000 円	
月額費用の合計		B タイプの場合	124,000円
(介護保険外※)	家賃	49,000 円～54,000 円	49,000 円
	サービス費用	食費(税込)30 日計算 ※希望者	45,000 円
		共益費	10,000 円
		状況把握及び生活相談サービス費(税込)	20,000 円
備考			
※有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。)			

(利用料金の算定根拠等)

家賃	建物の賃貸料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出	
敷金	100,000 円	
	解約時の対応	清算後返還
前払い金	なし	
食費	調理職員人件費、食材費、食材管理費他	
共益費	共用部の光熱水費・維持管理・修繕費	
状況把握及び生活相談サービス費	安全確認、緊急通報への対応、生活相談サービス、健康管理、受付その他業務	
	日中の生活相談、夜勤帯での緊急対応業務費を算定	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 の通り	
その他のサービス利用料	別途訪問介護契約に定める料金による	

(前払い金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略

想定居住期間(償却年月数)		
償却の開始日		
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)		
初期償却額		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先		

体験入所 (ショートステイ) 等

体験入所を体験できます。

一泊 3食付き 基本金額 7,000 円 (税込み) 実費

入浴 1,300 円

条件 介護度

面談、施設内でのカンファレンスの必要があります。

7 入居者の状況
(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	3人
	要介護 1	7人
	要介護 2	4人
	要介護 3	3人
	要介護 4	6人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	20人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上	0人
喀痰吸引の必要な人/経管栄養の必要な人		0人 / 0人
入居者数		27人

(入居者の属性)

性別	男性	10人	女性	17人	
男女比率	男性	38%	女性	62%	
入居率	93%	平均年齢	82.7歳	平均介護度	2.63%

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	1人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由)
	入居者側の申し出	2人
	(解約事由)	骨折等の病状の悪化

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称(施設)		富士訪問介護事業所
電話番号 / FAX		06-6654-3722/06-6654-3723
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称(設置者)		株式会社富士介護サービス
電話番号 / FAX		06-4703-5460/06-4703-5461
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		12/30~1/3
窓口の名称(有料老人ホーム所管庁)		
電話番号 / FAX		/
対応している時間	平日	9:00~17:30
定休日		土日祝祭日
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課指定指導グループ 大阪市都市整備局企画部安心居住課
電話番号 / FAX		06-6241-6310 / 06-6208-9211 / 06-6202-7064
対応している時間	平日	9:00~15:00
定休日		土・日・祝祭日
窓口の名称(虐待の場合)		
電話番号 / FAX		/
対応している時間	平日	
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	加入先	三井生命海上火災保険株式会社
	加入内容	居宅介護事業所等賠償責任保険
	備考	併設訪問介護事業所にて加入
賠償すべき事故が発生した時の対応		事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します
事故対応及びその予防の為の指針		有り

9 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、 意見箱等利用者の意見等 を把握する取組の状況	有りの場合		
	実施日		
	結果の開示		
		開示の方法	
第三者による評価の実施状 況	有りの場合		
	実施日		
	評価機関名称		
	結果の開示		
開示の方法			

その他

運営懇談会	有りの場合		
	開催頻度	年	回
	構成員		
	無しの場合の代替 措置の内容		
提携ホームへの移行		有りの場合の提携 ホーム名	
個人情報の保護			
緊急時等における対応方法			
大阪市ひとにやさしいまちづ くり整備要綱等に定める基準 の適合性		不適合の場合 の内容	
大阪市有料老人ホーム設置運 営指導指針「規模及び構造設 備」に合致しない事項			
合致しない事項が有る場 合の内容			
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	代替措置等 の内容		
不適合事項が有る場合の入 居者への説明			
上記項目以外で合致しない事 項			
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項が有る場合の 入居者への説明			

10 その他

提携ホームへの移行	無し	有りの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	<p>・入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの為にガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。</p> <p>・事業者及び職員は、サービス提供をする上で知り得た入居者及び家族等の秘密を正当な理由無く、第三者に漏らしません。又、サービス提供完了後においても、上記の秘密を保持する。</p> <p>・事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。</p> <p>・事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。</p>		
緊急時等における対応方法	<p>・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。(緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく)</p> <p>・病気、発熱(38度以上)、事故(骨折・縫合等)が発生した場合、連絡先(入居者が指定したもの:家族・後見人)及びどのレベルで連絡するのかを確認する。</p> <p>・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。</p> <p>・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。</p> <p>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。</p>		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合		
大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	なし		
合致しない事項が有る場合の内容			
7. 既存建築物等の活用の場合等の特例への適合性	代替措置等の内容		
不適合事項が有る場合の入居者への説明			
上記項目以外で合致しない事項	なし		
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項が有る場合の入居者への説明			

添付書類：別添1（別実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択出来る事について、事業者より説明を受けました。

(入居者)

住所

氏名

様

(入居代理人)

住所

氏名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名

安原正之

印

(別添1) 事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	なし	
訪問入浴介護	なし	
訪問看護	なし	
訪問リハビリテーション	なし	
居宅療養管理指導	なし	
通所介護	なし	
通所リハビリテーション	なし	
短期入所生活介護	なし	
短期入所療養介護	なし	
特定施設入居者生活介護	なし	
福祉用具貸与	なし	
特定福祉用具販売	なし	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし	
夜間対応型訪問介護	なし	
地域密着型通所介護	なし	
認知症対応型通所介護	なし	
小規模多機能居宅介護	なし	
認知症対応型共同生活介護	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	なし	
居宅介護支援	なし	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	なし	
介護予防訪問入浴介護	なし	
介護予防訪問看護	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	なし	
介護予防居宅療養管理指導	なし	
介護予防通所介護	あり	
介護予防通所リハビリテーション	なし	
介護予防短期入所生活介護	なし	
介護予防短期入所療養介護	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	
介護予防福祉用具貸与	なし	
特定介護予防福祉用具販売	なし	
<地域密着型介護予防サービス>		
介護予防認知症対応型通所介護	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	
介護予防支援	なし	
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	なし	
介護老人保健施設	なし	
介護療養型医療施設	なし	

事前確認書

ふじの華終末期の看取り等について
ご利用者の皆様にへ

当ふじの華では、ご希望される方に看取り介護を行っております。
ただし、無理な延命を行わず訪問医療の範囲の中で利用者ご自身がこうして欲しいという意見やご要望に対して、倫理的に問題の無い範囲で出来るだけ反映し看取り介護を行いたいと考えております。
延命治療、高度医療をご希望の場合は、病院、療養型への転院をお勧めします。
つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が看取り介護に対してどのようなお考えをお持ちか、お伺いしますので可能な範囲で結構ですのでご回答頂きますようお願い申し上げます。

終末期を迎えたい場所はどこですか？

- ふじの華で最期を迎えたい
- 自宅に戻って最後を迎えたい
- 入院を希望する
- 今はわからない

終末期の医療は、どのような形を望まれますか

- 積極的に受けたい
- 緩和ケアを希望
- 今はわからない

急変時（心停止、呼吸停止）の蘇生を希望されますか

- 希望する
- 希望しない
- 今はわからない

病気について全てをお知りになりたいですか？

- 知りたい
- 知りたくない
- 今はわからない

その他（ご希望、ご要望があればご記入ください。）

注）上記内容は、変更する事が可能ですので、いつでもお申し付け下さい。
又、本紙記載は入所にあたって必ずご記入頂く性質のものでは有りません。

年 月 日

利用者氏名 _____ (印)

身元引受人 _____ (印)

身元引受人 _____ (印)

説明確認者

職員氏名 _____ (印)

職員氏名 _____ (印)

高齢者終末期医療と同意書

延命措置に関する指示・同意書

この指示書は入居者 について医師より現在の状態の説明を受け、緊急時に救命の可能性が少なくなった時の生命維持療法に関して同意します。医師、看護師にこの同意書を本人の意思として提出、指示・同意に従い治療を行う事とする。

1. 基本的な希望

- ①痛みや苦痛について 出来るだけ抑えてほしい
自然のままでもいい

- ②終末期を迎える場所について 病院 自宅 ふじの華

2. 終末期になった時の希望

- ①心肺蘇生術：脈が触れず呼吸をしていない場合
蘇生する 蘇生をしない

- ②心肺停止で無い状態：脈を触れ呼吸をしている状態

医学的介入

- | | | |
|-----------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. 病院への救急搬送 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| 2. 延命の為に人工呼吸 | <input type="checkbox"/> 付けて欲しい | <input type="checkbox"/> 付けて欲しくない |
| 3. 抗生物質の強力な使用 | <input type="checkbox"/> 使って欲しい | <input type="checkbox"/> 使って欲しくない |
| 4. 胃瘻による栄養補給 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| 5. 鼻チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| 6. 点滴による水分補給 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| 7. その他の希望 | | |

入居者が亡くなった場合の退去清算、残置物の整理、葬儀の手配

1. 退去清算

2. 残置物の整理

3. 葬儀の手配

令和 年 月 日

本人署名 _____ (印)

家族、親族署名 _____ (印)

担当医
氏名 _____ (印)

施設管理者
氏名 _____ (印)