

# 体験入居サービス利用の覚書

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 の

(体験ご入居者名)

様

体験入居利用について、(甲)(乙)双方合意のうえ下記のとおり覚書を作成します。

## 1. ご利用料金・お支払い

体験利用料金は、1泊(3食付)あたり ¥5,940-(税込)とします。

お支払いについては、体験利用終了後に請求書を送付しますので、到着後速やかに(甲)の指定する銀行口座へ振込、または現金にてお支払ください。

## 2. 使用目的

本サービスで使用する居室は、体験入居として使用し、その他の目的に使用はできません。

## 3. 修繕につきまして

通常に使用された場合の修繕費は必要ありません。

但し、居室内設備(照明器具、洗面設備、トイレ、壁等)を破損された場合は、修繕費を請求する場合があります。

## 4. 体験入居の延長と短縮について

体験入居を延長する場合は、終了予定日以後においても空室がある場合は可能です。

短縮する場合は、元の終了予定日と短縮後の終了予定日の差日分の食事代相当額をご請求いたします。

## 5. 上記事項に定める以外の事項については、本契約の事項を契約内容とし、

必要の都度、お互い協議の上決定します。

平成 年 月 日

事業主(甲)

住所 大阪府岸和田市土生町5-2-7 新川第3ビル4階 株式会社ヘリオス  
代表取締役 坂口 克史 印

体験ご入居者(乙)

住所

氏名

印

法定代理人 又は 署名代行者

氏名

印

体験ご入居者との関係 ( )

署名代行理由 ( )

# ご入居前 アンケート

【相談日】 平成 年 月 日

申込者	氏名			
	住所			
	続柄		連絡先	

利用者名	(ふりがな)			生年月日	明治・大正・昭和	性別	
					年 月 日	年齢	歳
	自宅			携帯			
	要介護度	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	認定期間	平成	年 月 日	～	平成
	住所	〒					

※申込者と同じ場合、ご記入は不要です。

身元引受人	(ふりがな)			続柄	
	自宅			携帯	
	住所	〒			

緊急連絡先	氏名			続柄		連絡先	
	住所	〒					

収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他		月額 約	円	・	年額 約	円
----	--	--	------	---	---	------	---

主治医	病院名			医師名	
担当ケアマネ	事業所名			氏名	

希望施設	<input type="checkbox"/> アルコイリスⅠ <input type="checkbox"/> アルコイリスⅡ <input type="checkbox"/> ティエラ岸和田岡山 <input type="checkbox"/> ティエラ岸和田下池田 <input type="checkbox"/> ティエラA棟 <input type="checkbox"/> ティエラB棟 <input type="checkbox"/> ティエラことぶき <input type="checkbox"/> リベルテ						
------	--	--	--	--	--	--	--

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で生活している		<input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している	
	<input type="checkbox"/> 病院に入院している(病院名		・入院期間 平成 年 月から)	
	<input type="checkbox"/> 施設に入所している(施設名		・入所期間 平成 年 月から) <input type="checkbox"/> その他	

既往歴	時期	年 月頃	病名	予後の状態	完治・治療中(通院・服薬・経過観察)
		年 月頃			完治・治療中(通院・服薬・経過観察)
		年 月頃			完治・治療中(通院・服薬・経過観察)

医療的措置	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他( )						
-------	---	--	--	--	--	--	--

現在の心身の状況 ※各項目にチェックをいれて下さい	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 乱視 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 聞こえない
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	着衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	使用物品	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙おむつ
		<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 大浴場 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭		<input type="checkbox"/> 尿瓶 <input type="checkbox"/> PTイレ
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	物忘れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無
	自助具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他	意思伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ほぼ可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 不可
	大声を出す	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	帰宅願望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	夜間醒れない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → カロリー kcal ・ 塩分 g ・ 水分 ml ・ トロミ 有 / 無			

ご協力ありがとうございました。