

# 緊急連絡先一覧

《番号は架電優先順位》

①					<input type="checkbox"/> 請求書送付先	
	<p>申込人（保証人）は、職場連絡先のみをご記入ください。</p>					
	電話	職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
			会社名：	午前	時頃	午後
		部署名：	午前	時頃	午後	時頃
②	氏名				続柄：	<input type="checkbox"/> 請求書送付先
	住所	〒 -				
	電話	携帯	-		自宅	-
		職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
会社名：	午前		時頃	午後	時頃	
	部署名：	午前	時頃	午後	時頃	
③	氏名				続柄：	<input type="checkbox"/> 請求書送付先
	住所	〒 -				
	電話	携帯	-		自宅	-
		職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
会社名：	午前		時頃	午後	時頃	
	部署名：	午前	時頃	午後	時頃	

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人日浦会  
理事長 日浦 剛  
(公印省略)

## 日常生活品等の利用確認書

当施設では、ご利用者・ご家族の利便性の向上、感染予防、ケア品質の向上等を目的として、2タイプの日常生活品を準備しております。

- ・ 日常生活品費（衣類セット）  
以下の基本セットに、施設内での衣類（上衣、ズボン、肌着、くつした）、及び衣類セットにかかる洗濯代を含む。
- ・ 日常生活品費（基本セット）  
石鹸、シャンプー、バスタオルやおしぼり、口腔ケア用品（歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、歯磨き用コップなど）や、飲水用具（ふた付きコップ、らく飲み）を含む。

持込み衣類等の洗濯については当施設で洗濯するか、持ち帰りかを選べます。当施設は、外部業者に洗濯を委託していることから、委託業者の洗濯物集配スケジュール等により、退所の際は、ご利用者・ご家族への返却にお時間をいただくことがあります。

また、洗濯物の退所後返戻は、ご家族の施設来訪による引き取り。又は、着払いでの送付となります。

恐れ入りますが、下記事項を確認して日常生活品の利用、並びに施設洗濯の要否の署名・捺印をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

私は日常生活品、並びに施設洗濯に関する説明を受け、

日常生活品は  衣類セット  基本セット

衣類等の洗濯は  当施設で行う  持ち帰って行う

以上のように希望します。

利用者： \_\_\_\_\_ (印)

申込人  
(保証人)： \_\_\_\_\_ (印)

利用者との関係・続柄： ( )

# 社会福祉法人日浦会 肖像権使用の同意書

社会福祉法人日浦会(以下、「当法人」と称す)が以下の条件で利用者の肖像(写真や動画、音声等)を無償で使用する事に同意します。

## 1、使用目的

当法人は利用者の肖像を、以下の目的で使用することがあります。

- ・施設広報誌など、施設の広告・宣伝活動や施設内の教育・研修資料作成
- ・施設の公式ウェブサイトや SNS での公開
- ・リハビリテーション等の記録や状況説明、医療機関や他事業所との情報共有の資料

## 2、使用範囲

当法人は、上記の使用目的のため、利用者の肖像を使用できる媒体および方法を制約なく選択できます。これには、広告、宣伝、ウェブサイト、ソーシャルメディア、プリントメディア、教育プログラム、イベント、展示会などが含まれます。

## 3、期間

本同意の有効期間は、無期限とします。

## 4、撤回

利用者は、任意の時点で本同意を撤回できます。撤回を希望する場合は、当法人に書面で通知する必要があります。ただし、すでに公に公開された肖像については撤回できないことがあることを了承します。

## 5、権利の放棄

利用者は、本同意に基づいて肖像が使用されることに対して、著作権、肖像権、名誉権、プライバシー権などいかなる法的請求も放棄します。

## 6、署名

利用者は、本同意に同意し肖像の使用を許可するものとして署名します。

[署名欄]

年 月 日

利用者の署名: \_\_\_\_\_ 印  
(フルネームによる署名)

保証人の署名: \_\_\_\_\_ 印  
(必要な場合、証人の署名)

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人日浦会  
理事長 日浦 剛  
(公印省略)

## 入所時リスク説明書

当法人ではご利用者が快適に入所生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、多対一の介護、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状等の原因により、下記の危険性が伴うことを充分にご理解ください。

尚、下記内容はご自宅でも起こり得ることです。内容をご確認いただき、ご承諾の際は項目ごとのチェックと署名・捺印をお願い申し上げます。

## 記

し点	No.	内 容
<input type="checkbox"/>	1	歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
<input type="checkbox"/>	2	当法人では、身体拘束の適正化の指針に基づき、原則的に身体拘束を行わないことから転倒・転落による事故の可能性があります。
<input type="checkbox"/>	3	高齢者の骨は脆く、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
<input type="checkbox"/>	4	高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。
<input type="checkbox"/>	5	高齢者の血管は脆く、軽度の打撲であっても皮下出血が出来やすい状態にあります。
<input type="checkbox"/>	6	高齢者は加齢や認知症により水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
<input type="checkbox"/>	7	高齢により脳や心臓の疾患で、急変・急死される場合もあります。
<input type="checkbox"/>	8	利用者の容体が急に悪化した際には、当法人の施設医師あるいは協力病院の医師による判断で緊急に病院への搬送を行うことがあります。
<input type="checkbox"/>	9	高齢者は薬に対して、敏感で副作用を起こしやすいと考えられ、必要に応じて薬を減らすことがあります。

以上

私は上記の入所時におけるリスクについて説明を受け、内容を十分に理解しました。

令和 年 月 日

利用者： \_\_\_\_\_

申込人  
(保証人)： \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係・続柄： ( )