

緊急連絡先一覧

《番号は架電優先順位》

①	☐ 請求書送付先						
	申込人（保証人）は、職場連絡先のみをご記入ください。						
	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	時頃
			部署名：	午前	時頃	午後	時頃
②	氏 名			続柄：	☐ 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：	☐ 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	

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
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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： ()

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)

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)

歯科訪問診療について

当施設では、協力歯科医院の歯科衛生士による週 1 回のケアと、必要に応じて歯科医師による往診を、下記を目的として行っております。

恐れ入りますが、下記事項を確認して歯科訪問診療・施設洗濯の要否、並びに広報誌へのご利用者顔写真の掲載可否の署名・捺印をお願い申し上げます。

記

項目	内容
協力歯科医院	たけとみデンタルクリニック
口腔ケアのメリット	高齢者は、特に各個人にあったケア方法の選択・実施が必要で、歯科医師・歯科衛生士によるプロフェッショナルケアと施設スタッフによるデイリーケアにより、入所者に対して効果的・効率的なケアを行い①誤嚥性肺炎の予防、②経口維持・生活の質向上が図れます。(訪問衛生指導料をご負担して頂く場合があります)。

以上

令和 年 月 日

私は歯科訪問診療に関する説明を受け、

歯科訪問診療を ☐ 希望します。 ☐ 希望しません。

利 用 者： _____

申 込 人

(保 証 人)： _____ (印)

利用者との関係・続柄： ()

居室内での見守り支援カメラでの撮影について

当施設では、ご利用者に尊厳ある自立した生活を送っていただくとともに、安心、安全な生活を支援するため、居室内において、下記を目的として見守り支援機器を使用いたします。

この見守り支援機器には、シート状のセンサーとこれに連動するカメラがあり、センサーでは呼吸数や心拍数、睡眠状態、覚醒、起き上がり、離床等動作を遠隔においてリアルタイムに把握することができ、カメラではセンサーで設定した状態変化を検知した際、通知に併せて映像を表示することができます。

記

- ・ ご利用者の急変時等の初動の迅速化
- ・ 過剰な訪室を減らすことによる、効果的、効率的なケアの提供
- ・ 入居直後の行動や生活パターンの把握
- ・ 不眠による睡眠剤投与の必要性和適切な服薬量の検討のための医師への情報提供
- ・ 対応の優先順位や緊急度の判断
- ・ データ履歴の活用による転倒、転落等事故の原因把握と予防、防止策の立案

以上

この見守り支援機器による通知や画像は、上記目的の他、夜間帯の介護負担軽減にも資するものですが、ご利用者の状態を常時把握し常時対応するためのものではなく、状況分析等によりケアの内容やプロセスを見直し、生活の質を向上させるための一助として利用いたします。

また、これらの情報をもって身体拘束（行動抑制）や、虐待（ネグレクト：介護放棄）は決して行わず、適切な運用を行うよう徹底いたします。

なお、上記目的のためとはいえ、居室内でのプライバシー保護に配慮が必要であるため、カメラによる撮影やその映像の利用等について諾否の署名・捺印をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

私は見守り支援機器に関する説明を受け、居室内でのカメラによる撮影に

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

利 用 者：

申 込 人

(保 証 人)：

(印)

利用者との関係・続柄：(

)

※ カメラの台数には限りがあるため、同意いただいた場合でも必要性や優先度等により設置しない場合があります。