

# 介護老人保健施設サービス

## 重要事項説明書

《令和 年 月 日現在》

### 1 利用者(被保険者)

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| 氏 名          |                        |
| 被保険者番号(市町村名) | ( )                    |
| 要 介 護 区 分    | 要介護                    |
| 要介護認定有効期間    | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで |

### 2 事業者(法人)の概要

|            |                                                              |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| 名 称        | 医療法人 杏仁会                                                     |
| 代 表 者 名    | 理事長 岡田 聡                                                     |
| 法人の所在地・連絡先 | 高槻市東和町57番1号<br>電話番号 (072) 671-0071<br>ファックス番号 (072) 671-0070 |

### 3 利用施設の概要

|            |                                                              |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| 施 設 の 名 称  | 介護老人保健施設 ローズマリー                                              |
| 管 理 者 名    | 施設長 西山 勝彦                                                    |
| 施設の所在地・連絡先 | 高槻市東和町57番1号<br>電話番号 (072) 671-0071<br>ファックス番号 (072) 671-0070 |

### 4 利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類    |              | 大阪府知事の事業者指定 |            | 利用<br>定員 |
|----------|--------------|-------------|------------|----------|
|          |              | 指定年月日       | 指定番号       |          |
| 施設       | 介護老人保健施設     | 平成12年3月31日  | 2750980019 | 93名      |
| 居宅       | 通所リハビリテーション  | 平成12年3月31日  | 2750980019 | 50名      |
|          | 短期入所療養介護     | 平成12年3月31日  | 2750980019 |          |
|          | 認知症対応型共同生活介護 | 平成12年3月24日  | 2770900856 | 9名       |
|          | 訪問介護         | 平成12年3月31日  | 2770900898 |          |
| 居宅介護支援事業 |              | 平成11年9月6日   | 2770900203 |          |

## 5 事業の目的及び方針

|               |                                                        |
|---------------|--------------------------------------------------------|
| 事業の目的<br>及び方針 | 人格の尊重と環境の整備、在宅復帰を支援し、利用者が、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事とします。 |
|---------------|--------------------------------------------------------|

## 6 施設の概要

### (1)敷地および建物

|    |       |                      |
|----|-------|----------------------|
| 敷地 |       | 2597.69 平方メートル       |
| 建物 | 構造    | RC 造り 5 階建           |
|    | 延べ床面積 | 3382.63 平方メートル       |
|    | 利用定員  | 入所 93 名    デイケア 50 名 |

### (2)居室

| 居室の種類 | 室数   | 面積                 | 1 人あたりの面積   |
|-------|------|--------------------|-------------|
| 1 人部屋 | 7 室  | 8.31・12.90 平方メートル  | 10.6 平方メートル |
| 2 人部屋 | 9 室  | 18.49・19.08 平方メートル | 9.4 平方メートル  |
| 4 人部屋 | 17 室 | 32.68・32.92 平方メートル | 8.2 平方メートル  |

### (3)主な設備

| 施設の種類 | 室数  | 面積            | 一人当たりの面積    |
|-------|-----|---------------|-------------|
| 食堂    | 2 室 | 213.67 平方メートル | 2.30 平方メートル |
| 機能訓練室 | 1 室 | 103.00 平方メートル | 1.10 平方メートル |
| 一般浴室  | 1 室 | 41.80 平方メートル  |             |
| 機械浴室  | 1 室 | 48.91 平方メートル  |             |

## 7 職員体制（主たる職員）

| 職種    | 職務内容                                 | 基準員数  |
|-------|--------------------------------------|-------|
| 施設長   | 施設の業務を統括し執行する                        | 1 名   |
| 医師    | 施設管理者の命を受け利用者の健康管理及び医療の処置に適切なる措置を講ずる | 1 名   |
| 支援相談員 | 施設管理者の命を受け利用者などに支援相談業務を行う            | 1 名以上 |

|         |                                        |                                       |
|---------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 介護職員    | 施設管理者の命を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う        | 31名以上<br><br>（看護職員数は看護・介護職員の総数の2／7程度） |
| 看護職員    | 施設管理者の命を受け利用者の保健衛生並びに看護業務を行う           |                                       |
| 理学療法士等  | 施設管理者の命を受け利用者などに対する理学療法業務あるいは作業療法業務を行う | 1名以上                                  |
| 介護支援専門員 | 施設管理者の命を受け利用者の介護支援専門業務を行う              | 1名                                    |
| 栄養士     | 施設管理者の命を受け利用者の食事、栄養管理業務を行う             | 1名                                    |
| 事務職員    | 施設管理者の命を受け事務の処理を行う                     | 若干名                                   |

※ 職員の配置については指定基準を遵守しています。

## 8 協力医療機関

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人仙養会 北摂総合病院                                |
| 所在地     | 高槻市北柳川町6番24号                                    |
| 電話番号    | (072) 696-2121 (代表)<br>(072) 690-3060 (地域医療連携室) |
| 診療科     | 内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科<br>眼科・皮膚科        |
| 入院設備    | 有 217床                                          |
| 緊急指定の有無 | 有                                               |

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人 東和会                                      |
| 所在地     | 高槻市宮野町2番17号                                     |
| 電話番号    | (072) 671-1008 (代表)<br>(072) 671-1118 (地域医療連携室) |
| 診療科     | 内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科<br>眼科・皮膚科        |
| 入院設備    | 有 243床                                          |
| 緊急指定の有無 | 有                                               |

## 9 協力施設

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 施設の名称 | 高槻黄金の里特別養護老人ホーム |
| 所在地   | 高槻市黄金の里 1-14-8  |
| 電話番号  | (072) 687-3681  |

## 10 協力歯科医療機関

|      |                |
|------|----------------|
| 名称   | おかだ歯科クリニック     |
| 所在地  | 高槻市東和町 56-2-2F |
| 電話番号 | (072) 675-8241 |

## 11 非常災害時の対策

|                 |                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応          | <p>別途定める「消防計画」及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、関係機関への通報及び連絡体制の整備等の体制に万全を期している。</p> <p>また、消防署とのホットラインにより、非常時の連絡体制は完備しています。また、職員間にも連絡体制が整備されています。</p>                                   |
| 地域との協力関係        | <p>近隣自治会と協定し、非常時の相互の連携及び協力を行なう等、地域との交流に努めている。</p>                                                                                                                               |
| 平常時の訓練<br>防災設備等 | <p>別途定める「消防計画」にのっとり、協力医療機関や連携施設等との連絡方法や支援体制について、定期的に確認し、年2回以上、避難、救出、その他の訓練を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>設備に関して<br/>自動火災警報器、非常通報装置、誘導灯、及び消火器を設置</li> </ul> |

## 12 個人情報保護に関して

|          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人情報保護措置 | <p>従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。従業者であったものに、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の中で締結している。</p> <p>利用者のための往診、通院等の場合、当該医療機関に利用者の診療状況に関する情報を提供できるものとする。</p> <p>利用者若しくは家族の個人情報をを用いる場合は、利用者及び家族の同意を文書により得る。</p> |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

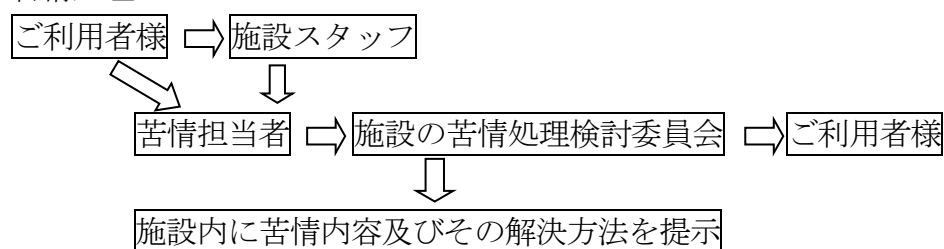
## 13 事故対応

|      |                                                                                                                                                                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故対応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所において、食中毒、感染症が発生、又は蔓延しないように必要な措置を講じるものとする。これらを防止するため、必要に応じて保健所の助言、指導を求める。</li> <li>利用者に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医</li> </ul> |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対する事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じ、採った処置について記録する。</li> <li>・利用者に対する介護老人保健施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うよう努める。ただし、事業所の責に帰すべからず事由による場合は、この限りではない。（損害賠償責任保険に加入済）</li> </ul> |
| ご家族の連絡先 | <p>氏名</p> <p>電話</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

#### 1 4 サービス内容に関する苦情の処理体制及び連絡先

##### ・苦情処理フロー



|             |                                                                                                                |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所         | <p>介護老人保健施設ローズマリー</p> <p>電話 (072) 671-0071</p> <p>ファックス (072) 671-0070</p> <p>対応時間 午前9時から午後5時まで(担当者 桑原 広志)</p> |
| 高槻市の相談窓口    | <p>高槻市福祉指導課</p> <p>電話 (072) 674-7822</p> <p>ファックス (072) 674-7820</p> <p>対応時間 午前8時45分から午後5時15分まで</p>            |
| 国民健康保険団体連合会 | <p>大阪府国民健康保険団体連合会</p> <p>電話 (06) 6949-5418</p> <p>ファックス (06) 6949-5417</p> <p>対応時間 午前9時から午後5時まで</p>            |

#### 1 5 身体拘束

|      |                                                                                                             |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体拘束 | <p>利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。</p> <p>ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時</p> |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                       |
|--|-------------------------------------------------------|
|  | 間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。 |
|--|-------------------------------------------------------|

## 1 6 高齢者虐待防止

|      |                                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 虐待防止 | <p>事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な措置を講じる。</p> <p>(1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。</p> <p>(2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努める。</p> <p>(3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制のほか、従業者利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。</p> |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1 7 褥瘡対策

|      |                                                          |
|------|----------------------------------------------------------|
| 褥瘡対策 | 当施設は利用者に対し良質なサービスを提供する為、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めると共に、褥瘡対策を行う。 |
|------|----------------------------------------------------------|

## 1 8 当施設ご利用の際に注意して頂きたいこと

|             |                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ず職員に届出てください。<br>来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。                     |
| 外出・外泊       | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰所時間を職員に申し出てください。                                             |
| 医療機関への受診    | 医療機関への受診に際しては、支援相談員にご相談ください。                                                 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。<br>これに反したご利用により破損等が生じた場合は、実費を賠償して頂くことがあります。 |
| 喫煙          | ご利用中の喫煙は、お断りします。                                                             |
| 迷惑行為など      | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに利用区域以外に立ち入らないようにしてください。                      |
| 宗教活動・政治活動   | 当施設敷地内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                          |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                    |

# 介護老人保健施設サービス内容説明書

## 1 施設サービスの概要と利用者負担金について

### (1) 基本サービス

| 種類       | 内容                                                                                                                                                                                        | 自己負担額                                                                                         |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士のたてる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。</li> <li>・出来るだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。</li> </ul> (食事時間) 朝食 7:30から<br>昼食 12:00から<br>夕食 18:00から | 1,730円/日<br><br>(別途負担限度額規定有)                                                                  |
| 居住費      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外泊時についても居室の確保料として、居住費を頂きます。</li> </ul>                                                                                                            | 多床室 437円<br>従来型個室 1,728円                                                                      |
| 特別食      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な方には医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する治療食、及び特別な場合の検査食を提供します。</li> </ul>                                                                         | 『介護老人保健施設サービス費』の介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の金額                                                  |
| 排泄       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な介助を行います。</li> </ul>                                                                                          |                                                                                               |
| 入浴       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回の入浴又は週3回の清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。</li> <li>・部分清拭は毎日実施し、利用者の清潔に努めます。</li> </ul>                                 |                                                                                               |
| 離床着替え整理等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考え、朝夕の着替えを行うように配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。</li> <li>・シーツ交換は、週1回実施します。</li> </ul>   | 入所サービス従来型個室<br>(1日あたり)<br>要介護1 788単位<br>要介護2 863単位<br>要介護3 928単位<br>要介護4 985単位<br>要介護5 1040単位 |
| 相談及び援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、利用者およびその家族からいかなる相談についても支援相談員が誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。</li> </ul>                                                                       | 入所サービス多床室<br>(1日あたり)<br>要介護1 871単位<br>要介護2 947単位<br>要介護3 1014単位<br>要介護4 1072単位<br>要介護5 1125単位 |

| 種類   | 内容                                                                                                                                                          | 自己負担額 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</li> </ul> (当施設の管理医師)<br>氏名：( 西山 勝彦 ) |       |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員（所有資格：理学療法士、若しくは作業療法士、又は言語聴覚士）による利用者の状況に適合した訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。</li> </ul>                            | 後記記載  |

## (2) 基本外サービス

| 種類             | 内容                                                                              | 自己負担額                                             |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| クラブ活動費         | 習字、お花、お茶、絵画、刺繍などの材料費に係る費用にあたります。                                                | 要した費用の実費                                          |
| 日用品費           | 日常生活に要する費用の範囲内において、利用料をいただきます。<br>例（シャンプー、石鹸、ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、洗面所内ペーパータオルなど） | 1日につき200円                                         |
| その他の日常生活品の購入代行 | ご要望に応じて、その他の日常生活品について購入の代行をさせていただきます。                                           | 要した費用の実費                                          |
| 特別な食事          | ご希望に応じて特別な食事のご用意ができます。                                                          | 要した費用の実費                                          |
| 特別な居室          | 個室・2人部屋を用意しております。                                                               | 個室A 1,650円(税込)<br>個室B 1,100円(税込)<br>2人部屋 660円(税込) |
| 理・美容代          | 理・美容のサービスを利用して頂けます。                                                             | 要した費用の実費                                          |
| 日常生活品          | 利用者が、日常生活において、負担することが適当と思われるものにおいては、実費にて、徴収します。                                 | 要した費用の実費                                          |

## (3) その他のサービス

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| サービス提供記録の保管     | この契約の終了後5年間保管します。        |
| サービス提供記録の閲覧     | 土・日曜日、祝祭日を除く毎日午前10時～午後5時 |
| サービス提供記録の複写物の交付 | 複写に際しては、実費相当額を負担して頂きます。  |



#### (4) その他ご負担頂く項目

|                  |               |
|------------------|---------------|
| ●安全対策体制加算        | 20単位／入所時      |
| ●サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位／日        |
| ●在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 51単位／日        |
| ●科学的介護推進体制加算（Ⅱ）  | 60単位／月        |
| ●褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）   | 3単位／月         |
| ●褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）   | 13単位／月        |
| ●排せつ支援加算（Ⅰ）      | 10単位／月        |
| ●協力医療機関連携加算      | 50単位／月        |
| ●介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）  | 所定単位数×75／1000 |

#### ※以下は該当する方みの加算となります。

初期加算、療養食加算、緊急時治療管理、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、認知症ケア加算、認知症チームケア推進加算、所定疾患施設療養費、ターミナルケア加算、外泊時費用 等

#### ※（１）～（４）のサービスについて

介護保険の適用がある場合でも、保険料の滞納などにより介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の「利用者負担金」で利用できなくなる場合があります。その場合は利用者負担金を10割お支払い頂いたうえで、後日差額の払い戻しを受けるための手続きが必要となります。

1単位＝10.54円です。

#### (5) 利用者負担金の支払方法

上記利用者負担金は月ごとに精算しますので、翌月の5日から15日の間に直接施設へお越し頂き、お支払い下さい。

#### (6) 利用料の変更について

施設は、前項各号に定める利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、入所者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

## 2 預り金

利用者は入所時、預り金として、事業者へ金20万円を預け入れるものとし、事業者は本契約の終了時には、残金を返金致します。

入所中に自費扱いのお支払等が生じた時（靴・クッション等の購入代金等）には、預り金より、お支払い致します。

尚、預り金の預け入れの有無により、入所の判定を左右するものではありません。

### 3 領収書の発行

事業者は、利用者から支払いをうけた時は、利用者に対し、領収書を発行します。

### 4 サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け、利用者からもとめられたときは、利用者に対し、提供した老人保健施設介護サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

### 5 居室の明け渡し

契約が終了する時は利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡して頂きます。個室・2人部屋で契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室を明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払い頂きます。

## (別紙)

### 利用者負担限度額表

| 対象者                                        |                                                 | 利用者負担<br>段階区分  | 居住費（滞在費）         |         |              |             | 食費      |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------|------------------|---------|--------------|-------------|---------|
|                                            |                                                 |                | 多床室<br>(相部屋)     | 従来型個室   | ユニット<br>型準個室 | ユニット<br>型個室 |         |
| 生活保護受給者                                    |                                                 | 利用者負担<br>第1段階  | 0 円              | 550 円   | 550 円        | 880 円       | 300 円   |
| 市町村<br>住民税<br>世帯非<br>課税者                   | 高齢福祉年金受給者                                       | 利用者負担<br>第1段階  | 0 円              | 550 円   | 550 円        | 880 円       | 300 円   |
|                                            | 課税年金収入額と合計<br>所得金額の合計が 80<br>万円以下の方             | 利用者負担<br>第2段階  | 430 円            | 550 円   | 550 円        | 880 円       | 390 円   |
|                                            | 課税年金収入額と合計<br>所得金額の合計が 80<br>万円超 120 万円以下の<br>方 | 利用者負担<br>第3段階① | 430 円            | 1,370 円 | 1,370 円      | 1,370 円     | 650 円   |
|                                            | 世帯全員が市民税非課<br>税であって、上記以外<br>の方                  | 利用者負担<br>第3段階② | 430 円            | 1,370 円 | 1,370 円      | 1,370 円     | 1,360 円 |
| 上記以外の方<br>(負担軽減とはなりません。)                   |                                                 | 利用者負担<br>第4段階  | 施設との契約により設定されます。 |         |              |             |         |
| 所得の低い方（利用者負担第1段階～第3段階）<br>に補足給付を行う場合の基準費用額 |                                                 |                | 430 円            | 1,700 円 | 1,700 円      | 2,030 円     | 1,445 円 |

### 高額介護サービス費の負担上限額

| 利用者負担段階区分                                               | 1 カ月の負担上限額                   |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|
| 課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上                             | 140,100 円（世帯）                |
| 課税所得 380 万円（年収約 770 万円）～<br>課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）未満 | 93,000 円（世帯）                 |
| 市町村民税課税～<br>課税所得 380 万円（年収約 770 万円）未満                   | 44,400 円（世帯）                 |
| 世帯の全員が市町村民税非課税                                          | 24,600 円（世帯）                 |
| 前年の公的年金等収入金額 + その他の合計<br>所得金額の合計が 80 万円以下の方等            | 24,600 円（世帯）<br>15,000 円（個人） |
| 生活保護を受給している方等                                           | 15,000 円（世帯）                 |

# 介護老人保健施設サービス利用確認書

介護老人保健施設ローズマリーを入所利用するにあたって、介護老人保健施設サービス重要事項説明書の内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で介護老人保健施設サービスを利用することを確認します。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

<代理人>

住所

氏名 \_\_\_\_\_

＜説明者＞

所属 医療法人杏仁会  
介護老人保健施設ローズマリー

氏名 \_\_\_\_\_