

施設見学チェックシート

施設名： _____
 TEL： _____ FAX： _____
 見学日時： _____年 _____月 _____日（ ） _____時 _____分
 担当者氏名： _____

質問事項	memo
◆入居費用 <input type="checkbox"/> 入居一時金 <input type="checkbox"/> 月額費用（総額） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 家賃（非課税） <input type="checkbox"/> 管理費（課税対象） <input type="checkbox"/> 食費（課税対象） <input type="checkbox"/> 介護保険自己負担額（各種加算含む） <input type="checkbox"/> 電気代 <input type="checkbox"/> 水道代 <input type="checkbox"/> 洗濯代 <input type="checkbox"/> 補助具レンタル費用総額（ベッドや車椅子など） <input type="checkbox"/> 介護保険外サービス <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> レクリエーション費用 <input type="checkbox"/> 訪問理美容代 <input type="checkbox"/> 訪問診療費用の目安（往診代） <input type="checkbox"/> 薬剤費の目安（居宅療養管理指導料＋薬代） 	
◆家族との関わり <input type="checkbox"/> 面会時間 <input type="checkbox"/> 家族の宿泊の可否と費用	
◆レクリエーション <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 自由参加 or 強制参加	

質問事項	memo
<p>◆介護保険サービス（ケアマネジャーに確認）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 移動・移乗 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 寝たきりでも対応可能か？ <input type="checkbox"/> 車椅子やベッドのレンタルはあるか？ <input type="checkbox"/> 散歩の有無 <input type="checkbox"/> 排泄 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> トイレ誘導やオムツ交換のタイミング <input type="checkbox"/> 紙オムツの持ち込みが必要か？ <input type="checkbox"/> 汚れた紙オムツはどのように処理するのか？ <input type="checkbox"/> 失禁予防に向けた取り組みはあるか？ <input type="checkbox"/> 食事 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 食事形態の確認 <input type="checkbox"/> （必要時に）食事介助はしてもらえるか？ <input type="checkbox"/> 食事はどこで食べるのか？ <input type="checkbox"/> 薬の管理方法は？ <input type="checkbox"/> 入浴 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入浴の回数 <input type="checkbox"/> 入浴の開始時間と終了時間 <input type="checkbox"/> 入浴は個別浴槽か？機械浴槽か？ <input type="checkbox"/> 爪は切ってもらえるか？ <input type="checkbox"/> 着替え <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> （必要時に）着替えの援助はあるか？ <input type="checkbox"/> 着替えを行う時間は？ <input type="checkbox"/> 洗濯は誰が行うのか？ <input type="checkbox"/> 整容 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 洗面の方法 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の管理はどうなっているか？ <input type="checkbox"/> 手と足の爪は切ってもらえるか？ <input type="checkbox"/> 髭剃りや化粧はしてもらえるか？ 	
<p>◆介護保険外サービス（ケアマネジャーに確認）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> リハビリの有無 <input type="checkbox"/> 訪問理美容の有無 <input type="checkbox"/> 通院介助の有無 <input type="checkbox"/> 金銭管理ができない場合の立替購入はできるか？ <input type="checkbox"/> その他、有料の介護保険外サービスは？ 	
<p>◆契約</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 契約時必要書類一覧の有無 <input type="checkbox"/> その他契約時に必要なもの <input type="checkbox"/> 体験入居の有無 <input type="checkbox"/> 最短での入居可能日 <input type="checkbox"/> 入居時に持ち込む物の案内の有無 	
<p>◆スタッフについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 職員の人員体制は？ <input type="checkbox"/> 直近1年の離職率 <input type="checkbox"/> 看護師の人員配置は？ <input type="checkbox"/> 夜勤スタッフの人数は？ <input type="checkbox"/> 施設長の人柄は？ <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの人柄は？ 	

質問事項	memo
<p>◆医療との連携</p> <p><input type="checkbox"/> 連携している医療機関は？</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 透析内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科（耳鼻咽喉科） <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> 認知症外来 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他 <p><input type="checkbox"/> 訪問診療の曜日と時間</p>	
<p>◆施設的环境</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 最寄りの駅 <input type="checkbox"/> 駅からの距離 <input type="checkbox"/> バス停の有無 <input type="checkbox"/> バス停からの距離 <input type="checkbox"/> 使用できる駐車場の台数 <input type="checkbox"/> 居室を決めたい場合（ケアマネジャーに確認） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 居室からの景観は？ <input type="checkbox"/> 居室の広さは十分か？ <input type="checkbox"/> 居室の匂いは問題ないか？ <input type="checkbox"/> 必要なところに手すりはあるか？ <input type="checkbox"/> 手すりを増やすことはできるか？ <input type="checkbox"/> 近くの入居者は夜間に大きな音を出さないか？ <input type="checkbox"/> （麻痺がある場合）トイレの手すりの位置はOK？ <input type="checkbox"/> ウォシュレットはあるか？ <input type="checkbox"/> 洗面台の使い勝手はどうか？ <input type="checkbox"/> ナースコールの使い勝手はどうか？ <input type="checkbox"/> バルコニーから転落する恐れはないか？ <input type="checkbox"/> 自分で扉を開けることができそうか？ <input type="checkbox"/> カーテンは備え付けか？ <input type="checkbox"/> クローゼットの大きさ <input type="checkbox"/> 靴を履き替えるのはどこか？ 	
<p>◆ その他、確認しておきたいこと</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	