

対象施設の情報

施設名称：	最寄り駅：
住所：	アクセス：
電話：	担当者名：

事前の準備

持ち物： 取り寄せたパンフ/重要事項説明書等 筆記用具 カメラ メジャー 持込予定家具サイズ表

要確認項目(資料やWebなどの情報から事前に質問したいことや気になることをまとめておきましょう)

① _____

② _____

③ _____

④ _____

⑤ _____

施設及び周辺環境

規模	入居者数/定員： _____ 名/ _____ 名	周辺環境	交通手段/便数： _____
	部屋数： _____ 部屋		騒音/悪臭/公園/坂道： _____
	建物： _____ 階建 _____ 棟		スーパー、薬局等(品揃/時間)： _____
スタッフ数	ヘルパー(_____)人、看護師(_____)人、栄養士(_____)人、事務員(_____)人、その他(_____)人	合計	(_____)人

居室および共用施設/設備 (体験入居の場合は「昼間と夜間」で分けてチェックを！)

居室	間取り： <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 洋室 _____ 帖	ロビー	雰囲気： 優・良・可・不可
	日当り/眺望： 優・良・可・不可		対応の印象： 優・良・可・不可
	トイレ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	トイレ	防犯体制： 優・良・可・不可
	キッチン： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		清潔さ/におい： 優・良・可・不可
	洗面所： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		使いやすさ： 優・良・可・不可
	浴室： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		車椅子対応： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	洗濯機置き場： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		手すり(位置・高さ)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	乾燥機置き場： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	洗面所	清潔さ/におい： 優・良・可・不可
	手すり(位置・高さ)、段差： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		使いやすさ： 優・良・可・不可
	バルコニー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		車椅子対応： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	ナースコール： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		手すり(位置・高さ)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	インターホン： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	浴室	清潔さ/におい： 優・良・可・不可
	冷暖房、床暖房： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		使いやすさ(広さ、設備等)： 優・良・可・不可
	換気設備： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		個浴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	防音(廊下や隣室の音漏れ)： 優・良・可・不可		機械浴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	テレビ、電話配線： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	廊下/階段	広さ： 優・良・可・不可
収納： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		手すり(位置・高さ)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	
火災警報機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	エレベータ	有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	
スプリンクラー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		広さ、数： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	
持込家具： <input type="checkbox"/> 可→配置(_____)		手すり、段差： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	
備え付け家具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	他共用空間	広さ： 優・良・可・不可	
喫煙： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 喫煙場所 <input type="checkbox"/> 建物内不可			
ドア/家具配置： <input type="checkbox"/> 使いやすい(_____)			

【メモ欄】

■ 有料老人ホーム見学・体験入居チェックシート (2/2) 施設名称：

医療と介護について	
医 療 医師による診療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	介 護 対要介護者比： ()：1 以上
頻度： 時間：	直接処遇人数： 人
看護師： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(昼間) <input type="checkbox"/> 24時間	夜間体制：
医療対応(経管栄養等)：	介護を受ける場所：
協力医療機関名：	ケアプランの立て方： 優・良・可・不可
診療科目：	寝たきりの場合の排泄介助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度)
距離、送迎有無：	おむつ交換回数： 回/日
健康相談/頻度： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	清掃： 回/日
健康診断/頻度： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	入浴： 回/週
通院時対応： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	入浴超過分利用料： 円/回・月
入院時対応： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	入浴の場所/設備：

食事、その他サービス	
食 事 食堂の雰囲気： 優・良・可・不可	その他 ゲストルーム： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)
食堂の清潔さ： 優・良・可・不可	居室への来客宿泊： <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可()
メニュー選択： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	理美容サービス： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)
味付け/見た目(試食)： 優・良・可・不可	クラブ・サークル：
好き嫌いの対応： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	
ボリューム： 優・良・可・不可	レクリエーション活動：
献立バラエティ(メニュー表)： 優・良・可・不可	
介護食： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	雰囲気 建物全体の清掃： 優・良・可・不可
治療食/病気対応食： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	々 採光、風通し： 優・良・可・不可
来客用食事： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	備品等のメンテナンス： 優・良・可・不可
イベント食： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	スタッフの雰囲気、態度： 優・良・可・不可
入院時等の食費負担： <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 喫食分のみ	施設長の態度、人柄： 優・良・可・不可
おやつ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(無料) <input type="checkbox"/> 有(円)	入居者の様子(笑顔)： 優・良・可・不可
時間： [朝] 時 分 [昼] 時 分	
[夜] 時 分	

費用について	
入居時 予約金： 円	入居後 管理費： 円
申込金： 円	食費： 円
保証金： 円	家賃相当額： 円
入居(一時)金： 円	()： 円
()： 円	()： 円
()： 円	施設への費用合計 ： 円
合計入居時費用 ： 円	介護保険1割負担額： 円
返還制度有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(以下を記入)	水光熱費： 円
初期償却： 円・%	通信費： 円
償却期間： 年(ヶ月)	消耗品費： 円
保全制度： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	その他： 円
	その他費用合計 ： 円

【メモ欄】

※その他、運営懇談会の実施状況、苦情処理、過去のトラブルや具体的な退去事例(要件)なども確認しておくとい良いでしょう。
 ※写真撮影は必ず担当者の了解を得る、勝手な行動をしない、等 マナーを守って見学・体験入居しましょう。
 ※財務諸表、重要事項説明書、サービス一覧表などそろっていない書類があればもらっておきましょう。