

前略、

「敬老シニア・ヘルスケア」傘下の「敬老リタイアメントホーム」への居住に関してのお問い合わせを頂きありがとうございます。

ご依頼のありました申込書を送ります。当リタイアメントホームの提供内容が入居ご希望者の必要にかなったものかどうか、申込書のご記入内容を当方スタッフが参考に致します。

1室につき \$ 250.00 の小切手を添えて申込書を送ってください。\$ 50.00 は申込手続き代です。\$ 50.00 の払い戻しはありませんが、\$ 200.00 は入居時の最初の月のレントに充当いたします。申込み後 90 日以内での申込み取り消しの場合には、\$ 200.00 を払い戻します。

尚、ご入居の際に『入居費』として \$ 500.00 を頂きます。

現在 SSI を受給中の方は申込金 \$ 50.00 を添えて入居申込書を提出してください。

記入済の申込書とお支払いの小切手をリタイアメントホームのビジネスオフィスにお送りください。

ご質問などは (323) 980-7520 もしくは (323) 263-9651 までご遠慮なくお電話ください。

敬具、

入居審査委員会

Keiro Retirement Home  
 325 South Boyle Avenue  
 Los Angeles, CA 90033  
 Phone: (323) 263-9651  
 FAX (323) 263-6974

  
**Pre-Admission Application**

*Office Use Only*

Date Received: _____
Interview Date: _____
Admission Date: _____
Room #: _____
Telephone #: _____

**General Information:**

Application is for: <input type="checkbox"/> Myself <input type="checkbox"/> Other. Indicate relationship _____		Room Preference: <input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> 1-bedroom <input type="checkbox"/> Semi-Private (2 per room) <input type="checkbox"/> First available			
Name of Applicant for Residency (Last, First, MI)	Age	Date of Birth / /	Sex	Marital Status	Religion
Applicant currently resides at: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Retirement Home <input type="checkbox"/> Board & Care <input type="checkbox"/> Other Indicate name of facility (if not from "home"):					
Street Address			City, State, Zip		
E-mail Address:		Phone # Home:		Phone # Cell:	
Birth place (city, state, prefecture, country):		US Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Resident of California since:	
Naturalization # (if applicable):	Date:	Alien Registration # (if applicable):		Date:	
<i>Please provide copy of insurance cards</i>					
Social Security #:	Medicare #:	Medicare Part D Drug Plan:		Medi-Cal # (if applicable):	
Private Insurance (Name & Policy #):		Applicant's source of income: <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> Other: _____			
<b>Responsible Party/1<sup>st</sup> Contact:</b>		<b>Relationship:</b>		<b>Phone # Home:</b>	
<b>Street Address</b>		<b>City, State, Zip</b>		<b>Work:</b>	
<b>E-mail Address:</b>				<b>Cell:</b>	
<b>Employed by:</b>	<b>Address:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b>	<b>Zip:</b>	

**Family Members: Please list in order of emergency contact:**

Name/2 <sup>nd</sup> Contact:	Relationship	Address/City/State/Zip:	Phone # Home:
		E-mail Address:	Work:
Name/3 <sup>rd</sup> Contact:	Relationship	Address/City/State/Zip:	Phone # Home:
		E-mail Address:	Work:
Name/4 <sup>th</sup> Contact:	Relationship	Address/City/State/Zip:	Phone # Home:
		E-mail Address:	Work:
			Cell:

Applicant Name: \_\_\_\_\_

**Other Information:**

Place of Worship:	Address/City/State/Zip:	Phone #:
Funeral Home:	Address/City/State/Zip:	Phone #:
Personal Physician:	Address/City/State/Zip:	Phone #:
Dentist:	Address/City/State/Zip:	Phone #:
Primary Language:	2 <sup>nd</sup> Language (if applicable):	Previous Occupation:
Hobbies/Interests:		

**Medical Information:**

Current Diagnoses:			
Has applicant received psychiatric treatment/counseling? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, please explain:			
Behavioral Patterns (Please check):			
	At		
	Yes Times No	At	
Adaptive/flexible:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Irritable/Demanding:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Acts out physically;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Keeps to self:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Complains:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Misplaces belongings:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Confused:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mood swings:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Disoriented:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obsessive (i.e. hoards):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Depressed:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Repetitive:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Exhibitionist:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stubborn:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forgetful:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Violent:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inactive:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wanders:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dentures: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visual Impairment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hearing Impairment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Wears glasses: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Wears hearing aides: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
List all medications the applicant is currently taking:			
Allergies (if none, please indicate):			
Other medical problems/conditions:			

Name of person completing application: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## PREPLACEMENT APPRAISAL INFORMATION

### Admission - Residential Care Facilities

**NOTE:** This information may be obtained from the applicant, or his/her authorized representative. (Relatives, social agency, hospital or physician may assist the applicant in completing this form.) This form is not a substitute for the Physician's Report (LIC 602).

APPLICANT'S NAME

AGE

**HEALTH** (Describe overall health condition including any dietary limitations)

**PHYSICAL DISABILITIES** (Describe any physical limitations including vision, hearing or speech)

**MENTAL CONDITION** (Specify extent of any symptoms of confusion, forgetfulness; participation in social activities (i.e., active or withdrawn))

**HEALTH HISTORY** (List currently prescribed medications and major illnesses, surgery, accidents; specify whether hospitalized and length of hospitalization in last 5 years)

**SOCIAL FACTORS** (Describe likes and dislikes, interests and activities)

#### BED STATUS

- OUT OF BED ALL DAY  
 IN BED ALL OR MOST OF THE TIME  
 IN BED PART OF THE TIME

COMMENT:

#### TUBERCULOSIS INFORMATION

ANY HISTORY OF TUBERCULOSIS IN APPLICANT'S FAMILY?

- YES                       NO

DATE OF TB TEST

- POSITIVE  
 NEGATIVE

ANY RECENT EXPOSURE TO ANYONE WITH TUBERCULOSIS?

- YES                       NO

ACTION TAKEN (IF POSITIVE)

GIVE DETAILS

**AMBULATORY STATUS** (this person is  ambulatory  nonambulatory)

Ambulatory means able to demonstrate the mental and physical ability to leave a building without the assistance of a person or the use of a mechanical device. An ambulatory person must be able to do the following:

- | YES                      | NO                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Able to walk without any physical assistance (e.g., walker, crutches, other person), or able to walk with a cane. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mentally and physically able to follow signals and instructions for evacuation.                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Able to use evacuation routes including stairs if necessary.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Able to evacuate reasonably quickly (e.g., walk directly the route without hesitation).                           |

**FUNCTIONAL CAPABILITIES** (Check all items below)

- | YES                      | NO                       |  |                              |                             |
|--------------------------|--------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Active, requires no personal help of any kind - able to go up and down stairs easily |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Active, but has difficulty climbing or descending stairs                             |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses brace or crutch   |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feeble or slow   |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses walker. If Yes, can get in and out unassisted?                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses wheelchair. If Yes, can get in and out unassisted?                              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Requires grab bars in bathroom   |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other: (Describe)  |                              |                             |

**SERVICES NEEDED** (Check items and explain)

- | YES                      | NO                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help in transferring in and out of bed and dressing _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help with bathing, hair care, personal hygiene _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Does client desire and is client capable of doing own personal laundry and other household tasks (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help with moving about the facility _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help with eating (need for adaptive devices or assistance from another person) _____                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Special diet/observation of food intake _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toileting, including assistance equipment, or assistance of another person _____                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Continence, bowel or bladder control. Are assistive devices such as a catheter required? _____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help with medication _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Needs special observation/night supervision (due to confusion, forgetfulness, wandering) _____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help in managing own cash resources _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Help in participating in activity programs _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Special medical attention _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Assistance in incidental health and medical care _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other "Services Needed" not identified above _____   |

Is there any additional information which would assist the facility in determining applicant's suitability for admission?  Yes  No

If Yes, please attach comments on separate sheet.

**To the best of my knowledge; I (the above person) do not need skilled nursing care.**

SIGNATURE	DATE COMPLETED
APPLICANT (CLIENT) OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	
SIGNATURE	DATE COMPLETED
LICENSEE OR DESIGNATED REPRESENTATIVE	DATE COMPLETED

## 敬老リタイアメント ホーム 入居の手続き

多少の例外を除きますと、入居手続きは次のようになります。

### 1. 入居の条件：敬老リタイアメント（KRH）に居住を希望される方の入居条件

- 60歳以上であること
- 心身共に健康であること
- 自分で入浴したり着替えが出来、歩行が可能である
- ベッドメイキングが出来、部屋の片付けなどの日々の用事が出来る
- 歩いたり階段の上がり降りが出来る（杖を使用しても良い）
- 緊急の際に、人の手を借りず、また補助機を必要としないで建物から余裕を持って避難出来る。

次なる人たちはKRHへの入居条件を満たさない：

- 痴呆症やアルツハイマー症の人
- 松葉杖、歩行器、車椅子の使用
- 24時間スキル看護や中間ケアを必要とする健康状態

2. 入居以前：同封の申込用紙に必要事項を書き込みKRHに提出する。書類にあるインフォメーションで以ってスタッフがKRHのケアレベルの適合を判断する。

- 申込用紙に記載された情報をKRHのスタッフがKRHの条件に見合ったものかどうかを検討する。
- 入居条件に適っていれば『アクティブ・ウエイティング・リスト』に組み込まれる。
- 入居条件を満たさない場合は、KRHのスタッフが申請者に連絡を取り、適切と思われるケアレベルのところを紹介する。
- ウエイティング・リスト期間は何年かあるので、申込をされた時点では入居の条件にあっていたとはいえ、実際に部屋が用意された段階では入居の条件を満たさないことも起こり得る。当方はウエイティング・リスト期間中に入居希望者がまだKRHの入居条件に適っているかどうかの判断のために時折連絡を取る。同様に、申請者もKRH入居条件を満たさないかもしれない状況の変化が生じればKRHに連絡を取っていただきたい。

3. 入居前の面接：入居が可能になれば入居する本人及び家族や友人を含んでの面接を行う。面接の際に設備を見学し質問や相談などに応える。

入居前の面接時に必要となるもの：

ID（身分証明）及び緊急時の連絡事項書 (LIC 601)

健康診断書 (主治医が記載したもの) (LIC602)

入居前の入居に際する評価書 (LIC 603)

4. 入居許可 入居前の面接の後で、入居審査委員会は入居希望者本人が入居に適しているかどうかを話し合う。承認が取れば、申請者に連絡を取り入居日が決まる。もしも申請者の条件が合わなければ **KRH** の職員はもっとふさわしいケアレベルが可能なところを紹介する。

## 敬老リタイアメントホーム サービス内容

### アクティビティー・プログラム

お誕生会、新年会、敬老の日など、多くの楽しい催し物を用意しています。ボランティアのグループ『フレンドオブ敬老リタイアメントホーム（愛友会）』は、毎年6月に夏のピクニック、12月にホリデーパーティを開催します。

生け花、陶器、タイ・チ、コンピューター、合唱など多くの無料クラスがあります。スケジュールや行事はアクティビティーカレンダーでお知らせします。

### 美容室・理髪室

美容室・理髪室があります。理髪室は毎月の第1月曜日にオープンします。予約はその前の週の木曜日、食堂に予約申込用紙が出されます。料金は当日の月曜日にビジネスオフィスで支払ってください。

美容室は毎週月曜日です。ただし、第5の月曜日は休みます。予約はその前の週の木曜日、食堂に予約申込用紙が出されます。料金は当日の月曜日にビジネスオフィスで支払ってください。

### コーヒーショップ

金曜日と土曜日の9:30 am-11:30 am間、アクティビティーセンターの patio で開店します。天気の良い日は屋内になります。ボランティアグループ「傘の会」の主催です。淹れたてのコーヒーとホームメイドのケーキが居住者には50セントで売られます。第5金曜日、土曜日は休みます。

### コンピューター室

居住者のためにアクティビティーセンター内にあるコンピュータールームが開放されています。ハイスピードインターネットが入っています。

### ヘルスサービス

ヘルスサービス部署のスタッフはファーストエイドが出来ます。気分が悪いと感じられたら直ぐにスタッフに知らせてください。ニーズに合わせてファーストエイド、主治医や家族への連絡、また911への連絡などに対応します。

毎月第3水曜日にダイニングルームにて居住者全員の体重と血圧の測定を行います。

### ハウスキーピング

居住者は自分の部屋の整理整頓をせねばなりません。ベッドを整えてバルコニーをきれいにしておくことも居住者の責任です。火災の原因となる古新聞や雑誌な

どの紙類、油虫など害虫を寄せ付けないためにプラスチックの袋や使い捨て容器等はためないでください。食べ物は容器に入れて、カバーをしっかりと下さい。

週に一度お部屋のバキューム、バスルーム及びキッチンの清掃が行われます。またゴミの回収も行います。掃除中はお部屋にいることをおすすめします。

ハウスキーピングやメンテナンスに関連した修理が必要な場合は、ビジネスオフィスにお知らせください。

## 洗濯

私物の洗濯は1階の洗濯室を利用してください。自分の部屋で洗うと、糸くずなどが蓄積し、パイプを詰まらせる原因になります。

掃除日に洗濯済みのシーツやタオルがベッドの上に置かれます。掃除日の日の朝、朝食に行く前に、使ったシーツを枕カバーに入れ、タオルと共に部屋の外に出しておいてください。バスルームのマットやマットレスカバー、ベッドカバーは必要に応じて洗濯されます。

## 図書室

図書室は3階にあります。月曜日の朝 10:00 から 12:00 まで、土曜日は朝 10:00 から午後 1:00 まで開館。日本語や英語の本及び雑誌を貸し出しています。

## ライフライン緊急連絡

居住者の部屋には緊急のためのライフラインが設置されています。緊急の際には、ライフライン器の赤いボタンを押すか、ペンダントのボタンを押してください。定期的に敬老リタイアメントホームのスタッフがシステムが正常に作動しているかどうかをチェックします。

## 食事

ダイエタリー部門が食事や栄養を担当し、食欲をそそり栄養バランスを考慮した日本食を含むメニューのプラン、調理、配膳のフードサービスをします。食事は「練尾夫妻記念ダイニングルーム」で出されます。

居住者の食事の趣向を出来るだけ詳しく観察し、多くの代替メニューを用意しています。食事のスケジュールとその週の献立はダイニングルームに張り出しています。ランチやディナーの代替メニューの依頼を最低2時間前に出すこと。代替メニューの依頼書はダイニングルームの表玄関側のドアのところにあります。スナックはビジネスオフィスに常時用意されています。

### セキュリティー

当リタイアメントホームは24時間セキュリティーサービス会社と契約を結んでいます。セキュリティーオフィサーの役目は:パーキング場のモニター、交通整理、夜間の建物及びその周辺のモニター、施設内部全般のセキュリティーを含んでいます。夜間、施設の安全を確認するために定期的に見回っています。

### ソーシャル・サービス

ホームでの生活に対する意見、他の居住者や家族や友人との問題や心配事、またソーシャルセキュリティー、医療保険、生活補助やアドバンスヘルスケア・ディレクティブ等に関する質問、相談を受けます。

### 送迎サービス

医者、歯医者、眼科医への送迎は毎週、月曜日、火曜日、金曜日の8時半から12時までです。また、毎週木曜日は8時半から3時半の間、メディカル関係だけでなく薬局や一般のショッピングのためにも送迎バスが出ます。利用されたい方は前日に出される申込用紙に名前を書き入れてください。

もしも貴方のご家族が医者のアポイントメントに同行出来ない場合、エスコートの依頼をすることも可能です。ヘルス・サービスに2日前に依頼してください。エスコート代を別途お支払いいただきます。

敬老リタイアメントホームが  
提供するサービス

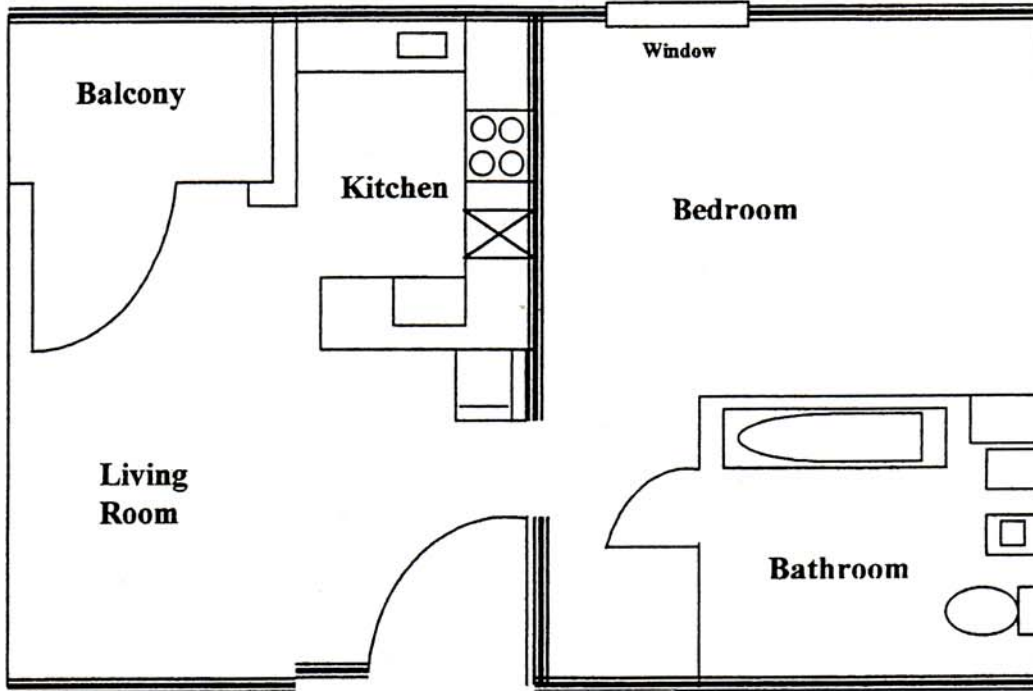
月々のレントに含まれるもの:

- エレガントな食堂での日本食を含む朝昼夜3回の食事
- 家具付き (バスタブには安全のための柵が付いています。)
- 緊急時の為のライフラインとインターカムシステムの設置 (全室)
- セキュリティークローゼット (全室)
- 週1回ルームクリーン及びリネンサービス
- タオル・石鹸・トイレトペーパーの提供
- 24時間スタッフの配置
- アクティビティープログラム, 特別プログラム、おけいこ事、お出かけ
- コンピューター室、図書室、裁縫室
- 心和む日本庭園と鯉が泳ぐ池
- ゲートボール用コートなどの屋外活動設備
- 送迎サービス
- タクシークーポンの提供
- 各個人の郵便箱
- 週に一度の移動 (出張) 郵便局サービス
- 月に一度の銀行からの出張サービス
- 月に一度の血圧と体重測定
- 車を所持する居住者用のパーキング
- 24時間のセキュリティー
- 害虫駆除

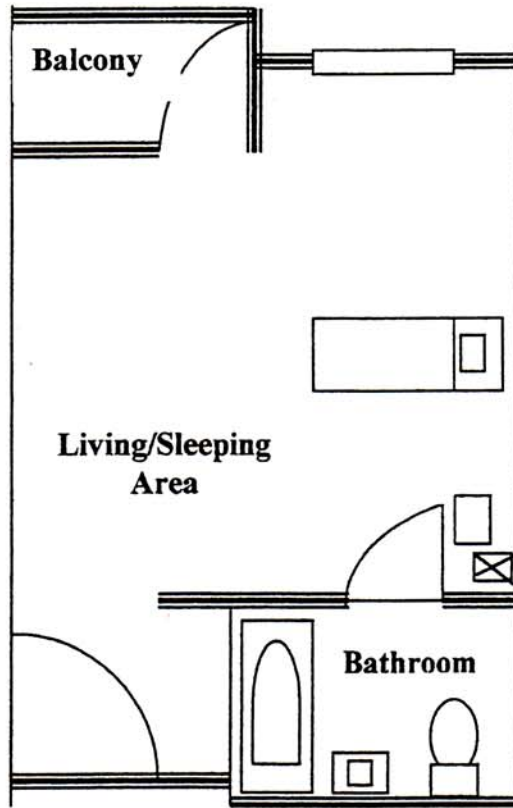
その他のサービス (レントに含まれないサービス) :

- 電話料金
- 美容室、理容室の利用
- コインランドリー (洗濯機、乾燥機)
- ケーブルテレビ (英語、日本語)
- 足のつめのケア
- アシスト・ケアサービス (投薬の管理、医者へのエスコート、再確認のためのリマインド・サービス、短期の入浴や身だしなみのヘルプ)

**KEIRO RETIREMENT HOME  
FLOOR PLAN OF ROOMS**



Typical One-Bedroom Unit  
536 Square Feet w/o Balcony



Typical Studio Unit  
370 Square Feet w/o Balcony