

[illegible]

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。

2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号					(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(2)開設年月	1 昭和		2 平成		年	月		
(3)開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。						
		01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01～10以外						
(4)介護報酬上の届出(複数回答)	介護保健施設(1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保健施設(4 I型 5 II型 6 III型)							
(5)療養体制維持特別加算の状況	「(4)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。							
	1 加算している 2 加算していない							
(6)小規模介護老人保健施設等の設置状況	1 から 3 の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。							
	1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設							
入所定員	一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員						
(7)療養室の状況			多床室		従来型個室		ユニット型	
			4人室	3人室	2人室	夫婦等の2人室		個室(準個室を含む)
	一般棟室数(室)							
	認知症専門棟室数(室)							
(8)ユニットの状況	「(4)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。 なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。							
	一般棟	ユニットの規模(定員)						
		ユニット数						
	認知症専門棟	ユニットの規模(定員)						
ユニット数								
(9)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(7)療養室の室数は一致させてください。							
多床室	居住費(月額)							
	室定員							
	室数							
従来型個室	居住費(月額)							
	室数							
	室数							
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)							
	室定員							
	室数							
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)							
	室定員							
	室数							
(10)食費の状況	施設が設定している料金を月額で記入してください。1日あたりの食費 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。							