

[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。 <table border="0"> <tr> <td>01 都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>								01 都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)	03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人	05 医療法人	11 個人
01 都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)																		
02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)																		
03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)																		
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人																		
05 医療法人	11 個人																		
06 社会福祉協議会																			
(3)介護報酬上の届出 (複数回答)		病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型) 病院経過型 (1 I型 2 II型) ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型) 診療所型 (1 I型 2 II型) ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型) 認知症患者型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型) ユニット型認知症患者型 (1 I型 2 II型) 認知症経過型 (1 I型 2 II型)																	
		療養病床				老人性認知症患者療養病床													
		介護指定病床を有する病棟の病床数				介護指定病床を有する病棟の病床数													
		うち介護指定病床数				うち介護指定病床数													
		床				床													
		床				床													
		床				床													
		床				床													
以下の(4)～(8)の項目は、「介護指定病床」についての状況を記入してください。																			
(4)病室の状況		多床室				従来型個室		ユニット型											
		5人以上室	4大室	3人室	2人室	夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)												
(5)ユニットの状況		「(3)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。																	
		療養病床		ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人									
				ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット									
		老人性認知症患者療養病床		ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人									
ユニット数	ユニット			ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット											
(6)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(4)病室の室数は一致させてください。																	
多床室		居住費(日額)	円	円	円	円	円	円											
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室											
		室数	室	室	室	室	室	室											
従来型個室		居住費(日額)	円	円	円	円	円												
		室数	室	室	室	室	室												
		居住費(日額)	円	円	円	円	円												
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)		室定員	人室	人室	人室	人室	人室												
		室数	室	室	室	室	室												
		居住費(日額)	円	円	円	円	円												
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)		室定員	人室	人室	人室	人室	人室												
		室数	室	室	室	室	室												
		居住費(日額)	円	円	円	円	円												
(7)食費の状況		施設が設定している料金を日額で記入してください。 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。																	
		1日あたりの食費				円													

裏面につづきます