



*一連番号							
*調査番号							

[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 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL()-()-()

(1) 開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。	
	開設主体 	01 国・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 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人

(2) サービスの状況・施設の種類	・ 9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・ 事業所番号、事業所名が印字されていない事業については、調査票は記入不要です。 ・ 休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。 ・ サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。 (同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)
-------------------	--

	事業所番号	事業所名	活動状況
051 介護予防短期 入所療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止
052 短期入所 療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止
施設の種別	1 介護老人保健施設	2 介護療養型医療施設	3 その他の病院・診療所
事業所の種別 (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) 11 診療所型 ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 12 ユニット型診療所型 07 病院療養型 13 認知症疾患型 08 ユニット型病院療養型 14 ユニット型認知症疾患型 09 病院経過型 15 認知症経過型 10 ユニット型病院経過型		

	事業所番号	事業所名	活動状況
061 介護予防通所 リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止
062 通所 リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所		
事業所の種別	事業所の種別 ※該当する番号を <u>1</u> つ、左の欄に記入してください。 通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所) 大規模の事業所(Ⅰ) (04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所) 大規模の事業所(Ⅱ) (07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所)		