

【051 介護予防短期入所療養介護・052 短期入所療養介護】の状況

(3)サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。

空床利用型ですか

1 はい

2 いいえ

※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、
介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数床

9月中の利用者

1 あり

2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用日数合計(日)			

短期入所療養介護

空床利用型ですか

1 はい

2 いいえ

※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、
短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数床

9月中の利用者

1 あり

2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

(4)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

(5)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) ふりがな
	電話 (— —)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

次ページにつづきます