

*一連番号									
*調査番号									
*事業所番号									

[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 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1)法人名 (運営法人名を記入してください)										
(2)施設名										
(3)施設の所在地	〒 TEL ()-()-()									
(4)活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止									
(5)開設年月	1 昭和 2 平成 年 月									
(6)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 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 その他の法人 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 個人 05 医療法人 11 01～10以外 06 社会福祉協議会									
(7)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)									
(8)療養体制維持特別 加算の状況	「(7)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									
(9)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									
(10)定員及び 療養室の状況	一般棟入所定員 認知症専門棟入所定員 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)									
(11)ユニットの状況	「(7)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) 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 認知症専門棟 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									
(12)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(10)療養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 室定員 人室 人室 人室 人室 人室 室数 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 ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(日額) 円 円 円 円 円 室定員 人室 人室 人室 人室 人室 室数 室 室 室 室 室 ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(日額) 円 円 円 円 円 室定員 人室 人室 人室 人室 人室 室数 室 室 室 室 室									

*利用者個室	*利用者一覧票