㊙

総務庁承認No. 22031
承認期限平成13年1月31日まで
厚 1—1—35—1
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
介護老人福祉施設票

（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

事業者番号									

＊福祉事務所符号		
＊市区町村符号		

(1) 施設名	法人等の名称	施設名
(2) 施設の所在地	〒□□□—□□□□　TEL（　）—（　）—（　）	
(3) 開設年月	1 昭和　2 平成　□□ 年　□□ 月	
(4) 開設主体及び経営主体	（右より該当番号を選んで記入してください） 開設主体 □□ 経営主体 □□	01 都道府県　02 指定都市　03 中核市　04 その他の市町村　05 一部事務組合　06 社会福祉法人　07 日本赤十字社　08 社団・財団　09 医療法人　10 その他の法人　11 その他

(5) 施設サービスの状況

入所定員数（人）	在所者数（人）							在所者延数（人日）［9月中］
	要介護度別施設サービス利用者数						空床利用の短期入所生活介護利用者数	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		

(6) 従事者数

	常勤者 専従	常勤者 兼務	常勤者 換算数	非常勤者 換算数		常勤者 専従	常勤者 兼務	常勤者 換算数	非常勤者 換算数
1 施設長			.	.	9 栄養士			.	.
2 医師			.	.	10 管理栄養士（再掲）			.	.
3 生活相談員			.	.	11 機能訓練指導員			.	.
4 社会福祉士（再掲）			.	.	12 理学療法士（再掲）			.	.
5 看護婦（士）			.	.	13 作業療法士（再掲）			.	.
6 准看護婦（士）			.	.	14 言語聴覚士（再掲）			.	.
7 介護職員（寮母・介助員）			.	.	15 介護支援専門員			.	.
8 介護福祉士（再掲）			.	.	16 調理員			.	.
					17 その他の職員			.	.

(7) 職員の勤務体制

	二交替制	三交替制	当直制	その他	日勤（人）	準夜勤（人）	深夜勤（人）	夜勤（人）
看護職員	1	2	3	4				
介護職員	1	2	3	4				

注）＊印の箇所は施設では記入しないでください

裏面につづきます

SAMPLE

(8) 居室・設備等の状況 ※ 建築延べ面積、延床面積は整数で記入してください。	建築延べ面積 （ ㎡）					
		室 数（室）	延床面積（㎡）		専用・兼用等	延床面積（㎡）
	①5人以上室			⑥静 養 室	1 専用室 2 他の目的室と兼用	
	②4 人 室			⑦浴 室	1 一般浴槽のみ 2 特別浴槽保有	
	③3 人 室			⑧医 務 室	臨床検査設備の有無 1 あり 2 なし	
	④2 人 室			⑨食 堂	1 専用室 2 他の目的室と兼用	
	⑤個 室			⑩機能訓練室	1 専用室 2 他の目的室と兼用	

(9) 特別な室料 ※ 室料の高い順に左から記入してください。									
	室 料(円)								
	室定員(人室)								
	室 数(室)								

(10) 同一法人による併設事業

1 訪問介護
2 訪問入浴介護
3 訪問看護
4 訪問リハビリテーション
5 通所介護
6 通所リハビリテーション
7 福祉用具貸与
8 居宅療養管理指導
9 短期入所生活介護
10 短期入所療養介護
11 痴呆対応型共同生活介護
12 特定施設入所者生活介護
13 居宅介護支援事業

御協力ありがとうございました

SAMPLE

秘

総務庁承認No. 22032
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1－1－35－2
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
介護老人保健施設票

（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

＊保健所符号	
＊市区町村符号	

事業者番号										

(1) 施　設　名	法人等の名称	施設名
(2) 施設の所在地	〒□□□－□□□□　TEL（　　）－（　　）－（　　）	
(3) 開設年月	1 昭和　2 平成　□□ 年 □□ 月	
(4) 開設主体	1 都道府県　2 市区町村　3 医療法人 4 社会福祉法人　5 公的・社会保険関係団体　6 その他	

SAMPLE

(5) 施設サービスの状況	入所定員数（人）	在所者数（人）							在所者延数〔9月中〕（人日）
		要介護度別施設サービス利用者数						短期入所療養介護利用者数	
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	人 うち痴呆専門棟（　人）								

(6) 従事者数	常勤者 専従	常勤者 兼務	常勤者 兼務 換算数	非常勤者 換算数		常勤者 専従	常勤者 兼務	常勤者 兼務 換算数	非常勤者 換算数
1 医師			.	.	9 理学療法士			.	.
2 薬剤師			.	.	10 作業療法士			.	.
3 看護婦(士)			.	.	11 言語聴覚士			.	.
4 准看護婦(士)			.	.	12 栄養士			.	.
5 介護職員			.	.	13 管理栄養士(再掲)			.	.
6 介護福祉士(再掲)			.	.	14 介護支援専門員			.	.
7 支援相談員			.	.	15 調理員			.	.
8 社会福祉士(再掲)			.	.	16 その他の職員			.	.

(7) 職員の勤務体制		二交替制	三交替制	当直制	その他	日勤（人）	準夜勤（人）	深夜勤（人）	夜勤（人）
	看護職員	1	2	3	4				
	介護職員	1	2	3	4				

注）　＊印の箇所は施設では記入しないでください

(8) 居宅サービスの状況	定員数(人)	サービス提供状況 (9月中)								
		開催日数(日)	利用実人員数 (人)						利用延人員数	利用延時間数(時間)
			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
1 通所リハビリテーション									人	
2 短期入所療養介護	(実施の有無) 1 実施している 2 実施していない								人日	

(9) 通所リハビリテーションの従事者数		医師	理学療法士	作業療法士	看護婦(士)	准看護婦(士)	支援相談員	介護職員
	専従(人)							
	兼務(人)							

(10) 療養室・設備等の状況 ※ 延床面積は整数で記入してください。		一般棟		痴呆専門棟			一般棟延床面積(m²)	痴呆専門棟延床面積(m²)
		室数(室)	延床面積(m²)	室数(室)	延床面積(m²)			
	①4人室					⑤機能訓練室		
	②3人室					⑥食堂		
	③2人室					⑦談話室		
	④個室					⑧デイ・ルーム		
						⑨レクリエーションルーム		
						⑩一般浴槽		
						⑪特別浴槽		
						⑫家族介護教室		

(11) 特別な室料 ※ 室料の高い順に左から記入してください。									
	室料(円)								
	室定員(人室)								
	室数(室)								

(12) 同一法人による併設事業

1 訪問介護
2 訪問入浴介護
3 訪問看護
4 訪問リハビリテーション
5 通所介護
6 通所リハビリテーション
7 福祉用具貸与
8 居宅療養管理指導
9 短期入所生活介護
10 短期入所療養介護
11 痴呆対応型共同生活介護
12 特定施設入所者生活介護
13 居宅介護支援事業

御協力ありがとうございました

SAMPLE

秘

総務庁承認No. 22033
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1―1―35―3
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票
（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

事業者番号									
＊整理番号									

＊保健所符号		
＊市区町村符号		

(1)　施設名	法人等の名称	施設名
(2)　施設の所在地	〒□□□－□□□□　TEL　(　　)―(　　)―(　　)	
(3)　施設の種類（複数回答）	1　療養型病床群を有する病院　2　介護力強化病棟を有する病院　3　老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院　4　療養型病床群を有する診療所	

(4)　施設サービスの状況

	病床数：介護病床を有する病棟の病床数（床）	病床数：うち介護病床部分（床）	在院者数（人）：要介護度別施設サービス利用者数：要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	介護病床の短期入所療養介護利用者数	在院者延数〔9月中〕（人日）
指定介護療養型病床群										
介護力強化病棟										
老人性痴呆疾患療養病棟										

(5)　従事者数

	常勤者：専従	常勤者：兼務	常勤者：換算数	非常勤者：換算数		常勤者：専従	常勤者：兼務	常勤者：換算数	非常勤者：換算数
1 看護婦（士）			.	.	5 介護支援専門員			.	.
2 准看護婦（士）			.	.	6 言語聴覚士			.	.
3 介護職員			.	.	7 精神保健福祉士等			.	.
4 介護福祉士（再掲）			.	.	8 管理栄養士			.	.

注）＊印の箇所は施設では記入しないでください

裏面につづきます

SAMPLE

		室数（室）	延床面積（m²）		設備の有無		
					指定介護療養型病床群	介護力強化病棟	老人性痴呆疾患療養病棟
(6) 病室・設備等の状況 ※ 延床面積は整数で記入してください。	①5人以上室			⑥機能訓練室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	②4 人 室			⑦談話室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	③3 人 室			⑧食 堂	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	④2 人 室			⑨デイ・ルーム	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	⑤個 室			⑩浴 室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
				⑪シャワールーム	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし

(7) 特別な室料 ※ 室料の高い順に左から記入してください。	室 料（円）								
	室定員（人室）								
	室 数（室）								

(8) 同一法人による併設事業	1 訪問介護	6 通所リハビリテーション	11 痴呆対応型共同生活介護
	2 訪問入浴介護	7 福祉用具貸与	12 特定施設入所者生活介護
	3 訪問看護	8 居宅療養管理指導	13 居宅介護支援事業
	4 訪問リハビリテーション	9 短期入所生活介護	
	5 通所介護	10 短期入所療養介護	

SAMPLE

御協力ありがとうございました

秘

総務庁承認No. 22034
承認期限平成13年1月31日まで
厚 1－1－35－4
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護事業所票

（平成12年10月1日調査）

厚 生 省

＊保健所符号	
＊市区町村符号	

事業者番号										

(1) 事業者名及びステーションの名称	事業者名	ステーションの名称
(2) 所 在 地	〒□□□－□□□□ TEL （ ）－（ ）－（ ）	
(3) 開設主体	1 地方公共団体 2 公的・社会保険関係団体 3 医療法人 4 社会福祉法人 5 医師会 6 看護協会 7 協同組合及び連合会 8 会社（株式、合名、合資、有限） 9 NPO法人 10 その他の法人	
(4) 加算届出の状況	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり 2 なし
	特別管理加算の届出	1 あり 2 なし
(5) 24時間対応の状況	24時間計画的な訪問看護の有無	1 あり 2 なし
	緊急時の対応方法	1 訪問対応をしている 2 電話対応のみをしている 3 緊急時対応はしていない

(6) 訪問看護の提供状況	事業開始年月	提供可能時間（時間／週）	サービスの提供状況（9月中）					
			利用実人員数（人）			利用延人員数（人）		
			介護保険法	健康保険法等	その他	介護保険法	健康保険法等	その他
	平成 年 月							

(7) 従事者数	常勤者	非常勤者	非常勤者 換算数		常勤者	非常勤者	非常勤者 換算数
1 保健婦(士)			.	5 理学療法士			.
2 助産婦			.	6 作業療法士			.
3 看護婦(士)			.	7 その他の職員			.
4 准看護婦(士)			.	8 介護支援専門員(再掲)			

(8) 従たる事務所（サテライト）箇所数　□ 箇所

※サテライトのある事業所は、裏面にサテライトの名称・所在地を記入してください

(9) 同一法人による併設事業

1 訪問介護	5 通所リハビリテーション	9 短期入所療養介護
2 訪問入浴介護	6 福祉用具貸与	10 痴呆対応型共同生活介護
3 訪問リハビリテーション	7 居宅療養管理指導	11 特定施設入所者生活介護
4 通所介護	8 短期入所生活介護	12 居宅介護支援事業

注）＊印の箇所は施設では記入しないでください

御協力ありがとうございました
※サテライトのある事業所は裏面につづきます

SAMPLE

従たる事務所（サテライト）の住所等

1	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
2	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
3	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
4	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
5	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
6	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
7	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
8	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
9	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□
10	名　称	
	所在地	〒□□□—□□□□

SAMPLE

御協力ありがとうございました

秘

総務庁承認No. 22035
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1—1—35—5
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所（福祉関係）票

（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

事業者番号										

ご回答者氏名

所属（部署）

(1) 事業所の所在地、名称、電話番号 ※ 誤りがありましたら、余白に訂正をしてください。	〒 ☎

(2) 開設主体及び経営主体	（右より該当番号を選んで記入してください） 開設主体 ［　］ 経営主体 ［　］	01 都道府県　02 指定都市　03 中核市　04 その他の市町村　05 一部事務組合 06 社会福祉法人　07 日本赤十字社　08 医療法人　09 協同組合及び連合会　10 株式会社 11 NPO法人　12 その他の法人　13 法人でない団体　14 個人
(3) 併設の状況	1 介護老人福祉施設（事業者番号　　　　　）　2 介護老人保健施設 3 医療施設　4 指定特定施設　5 その他の社会福祉施設　6 併設なし	

(4) 提供居宅サービスの状況

	事業開始年月	定員又は提供可能人員数等	平成12年9月中のサービス提供状況								
			利用実人員数（人）							利用延人員数（人）	利用延時間数（時間）
			要支援	要介護 1	2	3	4	5	その他		
1 訪問介護	1 昭和　2 平成 年　月	時間／週									
2 訪問入浴介護	1 昭和　2 平成 年　月	人／週									
3 通所介護	1 昭和　2 平成 年　月	人									
4 短期入所生活介護	1 昭和　2 平成 年　月	人								人日	
5 痴呆対応型共同生活介護	平成 年　月	人								人日	
6 福祉用具貸与	1 昭和　2 平成 年　月										
7 居宅介護支援事業	平成 年　月										

(5) 経営改善等の実施状況	（過去1年以内又は現在行っている状況について該当する番号すべてを○で囲んでください） 1 経営指導又は診断を受けた　2 従事者を確保又は増員した　3 雇用条件を改善した　4 従事者研修を実施した 5 相談・苦情処理体制を整備した　6 設備を改善した　7 他の事業者との連携を図った　8 出資等による資金確保を行った 9 融資又は融資枠を確保した　10 ＰＲ活動を行った　11 特になし
(6) 参入・拡充計画	（2年以内に参入・拡充を考えている事業について該当する番号すべてを○で囲んでください） 1 訪問介護　2 訪問入浴介護　3 訪問看護 4 通所介護　5 短期入所生活介護　6 痴呆対応型共同生活介護 7 福祉用具貸与　8 居宅介護支援事業

次ページにつづきます

SAMPLE

		介護報酬費（万円）	利用料（万円）	その他（万円）
(7) 居宅サービスの収入（9月中）	1 訪問介護			
	2 訪問入浴介護			
	3 通所介護			
	4 短期入所生活介護			
	5 痴呆対応型共同生活介護			
	6 福祉用具貸与			
	7 居宅介護支援事業			

訪問介護の状況

(8) 24時間対応の状況	24時間訪問介護の有無	1 あり　　2 なし
	緊急時の対応方法	1 訪問対応をしている　2 電話対応のみをしている　3 していない

通所介護の状況

(9) 提供の状況	痴呆老人専用の届出の有無	1 あり　　2 なし
	食事提供の有無	1 あり　　2 なし

通所介護、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護を行っている事業所の設備状況

(10) 事業所の設備状況	1 食堂	1 専用	2 共用	5 静養室	1 専用	2 共用
	2 機能訓練室	1 専用	2 共用	6 調理室	1 専用	2 共用
	3 浴室	1 専用	2 共用	7 相談室	1 専用	2 共用
	4 洗面所	1 専用	2 共用	8 台所	1 専用	2 共用

短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護を行っている事業所の居室、勤務体制の状況

		4人室		3人室		2人室		個室	
(11) 居室の状況 ※ 延床面積は整数で記入してください。		室数（室）	延床面積（m²）	室数（室）	延床面積（m²）	室数（室）	延床面積（m²）	室数（室）	延床面積（m²）
	短期入所生活介護								
	痴呆対応型共同生活介護								

		二交替制	三交替制	当直制	その他	日勤（人）	準夜勤（人）	深夜勤（人）	夜勤（人）
(12) 職員の勤務体制	看護職員	1	2	3	4				
	介護職員	1	2	3	4				

高齢者生活福祉センターの状況

(13) 併設の有無	1 併設している → （定員数　　人）（在所者数　　人）（従事者数　　人） 2 併設していない

SAMPLE

(14) 従事者数		常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
		専従	兼務	換算数		換算数		専従	兼務	換算数		換算数
訪問介護	1 看護婦(士)			.		.	5 ホームヘルパー 1級(再掲)			.		.
	2 准看護婦(士)			.		.	6 ホームヘルパー 2級(再掲)			.		.
	3 介護職員			.		.	7 ホームヘルパー 3級(再掲)			.		.
	4 介護福祉士(再掲)			.		.	8 その他の職員			.		.
訪問入浴介護	9 看護婦(士)			.		.	13 ホームヘルパー 1級(再掲)			.		.
	10 准看護婦(士)			.		.	14 ホームヘルパー 2級(再掲)			.		.
	11 介護職員			.		.	15 ホームヘルパー 3級(再掲)			.		.
	12 介護福祉士(再掲)			.		.	16 その他の職員			.		.
通所介護	17 医師			.		.	24 調理員			.		.
	18 看護婦(士)			.		.	25 介護支援専門員			.		.
	19 准看護婦(士)			.		.	26 生活相談員			.		.
	20 機能訓練指導員			.		.	27 社会福祉士(再掲)			.		.
	21 理学療法士(再掲)			.		.	28 介護職員(寮母・介助員)			.		.
	22 作業療法士(再掲)			.		.	29 介護福祉士(再掲)			.		.
	23 栄養士			.		.	30 その他の職員			.		.
短期入所生活介護	31 医師			.		.	38 調理員			.		.
	32 看護婦(士)			.		.	39 介護支援専門員			.		.
	33 准看護婦(士)			.		.	40 生活相談員			.		.
	34 機能訓練指導員			.		.	41 社会福祉士(再掲)			.		.
	35 理学療法士(再掲)			.		.	42 介護職員(寮母・介助員)			.		.
	36 作業療法士(再掲)			.		.	43 介護福祉士(再掲)			.		.
	37 栄養士			.		.	44 その他の職員			.		.
痴呆対応型共同生活介護	45 介護職員			.		.						
	46 その他の職員			.		.						
福祉用具貸与	47 福祉用具専門相談員			.		.						
	48 その他の職員			.		.						
居宅介護支援事業	49 介護支援専門員			.		.						
	50 その他の職員			.		.						

SAMPLE

御協力ありがとうございました

秘

総務庁承認No. 22036
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1－1－35－6
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所(医療施設)票

(平成12年10月1日調査)

厚　生　省

＊整理番号									

(1) 施設名	法人等の名称	施設名

(2) 居宅サービスの状況 [12年9月中]	利用実人員数(人)							利用延人員数(人)	
	介護保険法						健康保険法等	介護保険法	健康保険法等
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
1 訪問看護									
2 訪問リハビリテーション									
3 通所リハビリテーション									
4 短期入所療養介護								人日	

訪問看護の状況

(3) 実施の有無	1 恒常的に実施している	2 必要に応じて実施している	3 実施していない
(4) 加算届出の状況	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり	2 なし
	特別管理加算の届出	1 あり	2 なし
(5) 24時間対応の状況	24時間計画的な訪問看護の有無	1 あり	2 なし
	緊急時の対応方法	1 訪問対応をしている　2 電話対応のみをしている	3 緊急時対応はしていない

(6) 従事者数	保健婦(士)		助産婦		看護婦(士)		准看護婦(士)	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	人	人	人	人	人	人	人	人

訪問リハビリテーションの状況

(7) 実施の有無	1 恒常的に実施している	2 必要に応じて実施している	3 実施していない

(8) 従事者数	理学療法士		作業療法士	
	専　従	兼　務	専　従	兼　務
	人	人	人	人

注) ＊印の箇所は施設では記入しないでください

裏面につづきます

SAMPLE

通所リハビリテーションの状況

(9) 定員数等	1 定員数（　　　人）			2 開催日数（　　　日／週）			
(10) 種別	1 病院・一定基準の診療所			2 その他の診療所			
(11) 従事者数		医師	理学療法士	作業療法士	看護婦（士）	准看護婦（士）	介護職員
	専従（人）						
	兼務（人）						

短期入所療養介護の状況

(12) 実施の有無	1 実施している　　2 実施していない
(13) 事業所の種別	1 指定介護療養型医療施設 2 療養型病床群を有する病院・診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 4 介護力強化病棟を有する病院 5 基準適合診療所

居宅介護支援事業の状況

(14) 利用者数	平成12年9月中の利用者実人員数（　　　人）				
(15) 従事者数		介護支援専門員（人）		その他の職員（人）	
		常勤者	非常勤者（換算数）	常勤者	非常勤者（換算数）
	専従		.		.
	兼務（換算数）	.	.	.	.

御協力ありがとうございました

SAMPLE

㊙

総務庁承認No. 22037
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1－1－35－7
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
介護保険施設利用者個票

（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

事業者番号		1 在所（院）者 2 退所（院）者	利用者整理番号	

(1) 性別	1 男　2 女	(2) 出生年月日	1 明治　2 大正　3 昭和　年　月　日
(3) 利用者の住所	1 同一市区町村内　2 同一都道府県内　3 都道府県外		
(4) 入・退所（院）の状況	入所（院）日 1 昭和 2 平成　年　月　日 退所（院）日 平成12年9月　日	入所（院）前の場所 □ 退所（院）後の行先 □ 右の番号で記入して下さい	《入所前の場所・退所後の行先》 1 家庭　5 病院 2 介護老人福祉施設　6 診療所 3 その他の社会福祉施設　7 死亡 4 介護老人保健施設　8 その他
(5) 要介護度	要介護（ 1　2　3　4　5 ）　6 要支援　7 その他		
(6) 傷病名	主傷病番号 □　（番号のない傷病は傷病名を記入）傷病名	副傷病番号 □　（番号のない傷病は傷病名を記入）傷病名	
(7) 痴呆性老人の日常生活自立度	1 ランクⅠ　2 ランクⅡ　3 ランクⅢ　4 ランクⅣ　5 ランクM　6 痴呆なし		
(8) 障害老人の日常生活自立度	1 ランクJ　2 ランクA　3 ランクB　4 ランクC　5 障害なし		

(9) 心身の状況 ※「見守り」には「介護側の指示」を含む。		
	移乗	1 自立　2 見守り　3 一部介助　4 全介助
	食事摂取	1 自立　2 見守り　3 一部介助　4 全介助
	嚥下	1 できる　2 見守り　3 できない
	排便の後始末	1 自立　2 見守り　3 一部介助　4 全介助
	排尿の後始末	1 自立　2 見守り　3 一部介助　4 全介助
	便意の有無	1 あり　2 ときどき　3 なし
	尿意の有無	1 あり　2 ときどき　3 なし
	生年月日	1 答えることができる　2 答えることができない

(10) 機能訓練等の状況 ※9月中の実施日数	1 物理療法（　）日 2 運動療法（　）日 3 作業療法（　）日	4 言語療法（　）日 5 日常生活動作訓練（　）日 6 レクリエーション（　）日
(11) 入所時の同居家族等	（同居していた者について該当する番号すべてを○で囲んでください） 1 夫又は妻　2 息子　3 娘　4 息子の妻　5 娘の夫 6 父母　7 孫　8 その他　9 単身	
(12) 利用料 ※9月中の本人負担分	1 介護サービス費自己負担額 ＿＿＿円 3 特別な室料 ＿＿＿円	2 食費 ＿＿＿円 4 その他 ＿＿＿円

御協力ありがとうございました

SAMPLE

秘

総務庁承認No. 22038
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1－1－35－8
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護利用者個票
（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

事業者番号										

利用者整理番号			

(1) 性別	1 男　2 女	(2) 出生年月日	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
(3) 利用者の住所	1 同一市区町村内　2 同一都道府県内　3 都道府県外		
(4) 支払方法（複数回答）	1 介護保険法　4 生活保護法　6 特定疾患治療研究事業 2 老人保健法　5 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律　7 その他 3 健康保険法等		
(5) 指示書の種類	1 訪問看護指示書　2 精神訪問看護指示書　3 特別訪問看護指示書		
(6) 要介護度	要介護（ 1 2 3 4 5 ）　6 要支援　7 その他		
(7) 傷病名	主傷病番号 □□ （番号のない傷病は傷病名を記入）傷病名	副傷病番号 □□ （番号のない傷病は傷病名を記入）傷病名	
(8) 痴呆性老人の日常生活自立度	1 ランクⅠ　2 ランクⅡ　3 ランクⅢ　4 ランクⅣ　5 ランクM　6 痴呆なし		
(9) 障害老人の日常生活自立度	1 ランクJ　2 ランクA　3 ランクB　4 ランクC　5 障害なし		

(10) 心身の状況					
	移乗	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助
	食事摂取	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助
	嚥下	1 できる	2 見守り	3 できない	
	排便の後始末	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助
※「見守り」には「介護側の指示」を含む。	排尿の後始末	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助
	便意の有無	1 あり	2 ときどき	3 なし	
	尿意の有無	1 あり	2 ときどき	3 なし	
	生年月日	1 答えることができる		2 答えることができない	

(11) 同居家族等	（同居している者について該当する番号すべてを◯で囲んでください） 1 夫又は妻　2 息子　3 娘　4 息子の妻　5 娘の夫 6 父母　7 孫　8 その他　9 単身
(12) 利用料 ※9月中の本人負担分	1 法定代理受領にかかる自己負担額 ＿＿＿＿円 2 その他 ＿＿＿＿円　{3 （再掲）交通費 ＿＿＿＿円}

裏面につづきます

SAMPLE

(13) 訪問看護等の状況（9月中）	訪問回数・訪問時間等	① 9月中の訪問回数（合計　　回） ② 9月中の訪問時間（合計　　分） ③ 9月中の緊急時訪問看護の有無 1 あり（　　回）　2 なし ④ 居宅までの片道時間 （　　分）
	訪問看護の提供内容	（9月中に行った看護内容について該当する番号すべてを◯で囲んでください） 1 病状観察　6 身体の清潔　11 社会資源の紹介と相談 2 本人の療養指導　7 口腔の清潔　12 家族の介護指導 3 体位交換　8 特異（問題）行動ケア　13 家屋改善のアドバイス 4 日常生活動作の介助　9 リハビリテーション　14 介護機器導入時の管理 5 生活のリズム･仕方の把握　10 環境整備　15 その他（　　）
	医療処置にかかる管理・援助	（9月中に行った看護内容について該当する番号すべてを◯で囲んでください） 1 喀痰および気道内吸引・吸入　10 がんの在宅（緩和）ケア 2 在宅酸素療法の指導・援助　11 ターミナルケア 3 膀胱カテーテルの交換・管理　12 緊急時の対応や指示 4 褥そうの処置　13 点滴の管理 5 創傷部の処置　14 服薬管理 6 在宅中心静脈栄養法・経管栄養の実施　15 流腸・摘便 7 人工肛門・人工膀胱・胃瘻の管理　16 検査補助（採血・採尿等） 8 気管カニューレの交換・管理　17 感染症予防処置 9 連続携行式腹膜透析の灌流液の交換　18 その他（　　）

御協力ありがとうございました

SAMPLE

秘

総務庁承認No. 22039
承認期限平成13年1月31日まで
厚　1—1—35—9
平成12年6月28日登録

介護サービス施設・事業所調査
利用者一覧票

（平成12年10月1日調査）

厚　生　省

（＿＿＿枚のうち＿＿＿枚目）

事業者番号										

本票には、利用者の出生日が偶数の者のみ記入してください

利用者整理番号	性別	出生年月日
1	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
2	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
3	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
4	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
5	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
6	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
7	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
8	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
9	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
10	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
11	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
12	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
13	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
14	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
15	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
16	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
17	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
18	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
19	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
20	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
21	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
22	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
23	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
24	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
25	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
26	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
27	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
28	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
29	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日
30	1 男　2 女	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　年　月　日

SAMPLE