

(別紙)

### 入居者の状況等について

(令和3年7月1日現在)

(1) 施設名 : \_\_\_\_\_

(2) 事務連絡先 ①担当 : \_\_\_\_\_ ②E-Mail : \_\_\_\_\_

③Tel : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ④Fax : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(3) 入居者人数

| 入居者数 | 定員 |
|------|----|
| 人    | 人  |

(4) 男女比

| 性別 | 人数 |
|----|----|
| 男性 | 人  |
| 女性 | 人  |

(5) 平均年齢

|   |
|---|
| 歳 |
|---|

(6) 介護の状況

| 要介護度 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 人数   | 人  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

(7) 生活保護受給者人数

| 性別 | 人数 |
|----|----|
| 男性 | 人  |
| 女性 | 人  |

(8) 医療行為を要する入居者数

|         |   |
|---------|---|
| 経管栄養    | 人 |
| たんの吸引吸引 | 人 |
| インスリン注射 | 人 |
|         | 人 |

(9) その他

|                    |          |
|--------------------|----------|
| 車イス利用者             | 人        |
| 通帳管理<br>(うち、生保受給者) | 人<br>(人) |

(10) 登録特定行為事業者 (該当する項目に☑)

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 登録済 | <input type="checkbox"/> 手続中 | <input type="checkbox"/> 登録無 |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

※介護職員等によるたんの吸引等を行っている場合、都道府県知事への事業者登録が必要です。  
“登録済”の場合は、提出書類「(11) 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」をご提出ください。

(11) 介護サービス利用状況

|                     | 通所介護       | 訪問介護     | 訪問看護     | 利用なし |
|---------------------|------------|----------|----------|------|
| 系列事業所利用<br>(利用状況)   | 人<br>(日/週) | 人<br>( ) | 人<br>( ) | 人    |
| その他の事業所利用<br>(利用状況) | 人<br>(日/週) | 人<br>( ) | 人<br>( ) |      |

※複数のサービスを利用している場合は、それぞれの人数をご記入ください。  
利用状況は、週の内、利用している日数等をご記入ください。

(12) (11) の介護施設の施設名及び所在地

|         |     |
|---------|-----|
| 通所介護    | 施設名 |
|         | 所在地 |
| 訪問介護・看護 | 施設名 |
|         | 所在地 |