（別紙）

入居者の状況等について

（令和７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 (4)男女比 (5)平均年齢

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者数 | 定員 |  | 性別 | 人数 |  | 歳 |
| 人 | 人 | 男性 | 人 |  |
|  |  | 女性 | 人 |  |

(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 (8)医療行為を要する入居者数 (9)その他

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 | 人数 |  | 経管栄養 | 人 |  | 車イス利用者 | 人 |
| 男性 | 人 |  | たんの吸入吸引 | 人 |  | 通帳管理 | 人 |
| 女性 | 人 |  | インスリン注射 | 人 |  | （うち、生保受給者） | （ 人） |
|  |  |  |  | 人 |  |  |  |

(10)登録特定行為事業者（該当する項目に☑）

|  |
| --- |
| □ 登録済 □ 手続中 □ 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 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| （利用状況） | （　　　日/週） | （ ） | （ ） |
| その他の事業所利用 | 人 | 人 | 人 |
| （利用状況） | （　　　日/週） | （ ） | （ ） |

※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 |