

（介護予防）通所リハビリテーション事業所の指導に係る事前資料

※老健併設については、老健の事前資料に含まれています。

1 事業所の概要

事業所名		事業所番号	
管理者氏名		電話番号	
所在地	(〒 -)		

2 設備の概要 （定員 人）

食 堂	m ²	合計 m ²
機能訓練室	m ²	

3 従業者の状況 （単位ごとに、指導月の直近の月末現在）

職 種	勤 務 形 態	氏 名	資 格	週 平 均 勤 務 時 間	備 考
医師					
看護職員 1					
看護職員 2					
看護職員 3					
介護職員 1					
介護職員 2					
介護職員 3					
作業療法士 1					
作業療法士 2					
理学療法士 1					
理学療法士 2					

注 1) 勤務形態欄 A：常勤専従 B：常勤兼務 C：非常勤専従 D：非常勤兼務

注 2) 複数の単位を有する事業所については、別葉に記載してください。

注 3) 看護職員の備考欄には、経験看護師であるか否かの別を記入してください。

注 4) 記入欄が不足する場合は、欄を追加して全員を記入してください。

4 職員に対する研修の状況（指導月の直近の1年間）

研修日	研修参加者の 職種・氏名	研 修 内 容	内部・外部 研修の区分

※適宜追加、または別紙に記入いただいても結構です

5 利用者の要介護度等の状況

（指導月の直近の月末現在）

要介護度等	人 数
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	

6 利用者の総数

（指導月の直近1ヶ月の延べ利用者数）

人
