

(介護予防) 訪問リハビリテーション事業所の指導に係る事前資料

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 従業者の状況 (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
管理者					
理学療法士 1					
理学療法士 2					
作業療法士 1					
作業療法士 2					
言語聴覚士 1					
言語聴覚士 2					

注) 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

3 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。

4 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	