

事業所名	サービス種別	住所	TEL/FAX
			TEL/ FAX/
			TEL/ FAX/
			TEL/ FAX/
			TEL/ FAX/
			TEL/ FAX/

※中核となる施設を1番上にお書きいただくと助かります

運営法人		HPアドレス	http:// _____
問合せ先 Eメール	@	開所年月日	(昭和/平成) 年 月

※以下の項目で、施設に関係ある部分をご記入ください。施設が複数にわたる場合は、中核となる施設についてご回答いただくか、お手数ですが施設数分、調査票を頂けると、WEB上でより多くの情報を公開できます。

施設での受け入れ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
施設の定員	名	現在の待機者数	名 (年 月現在)
施設利用の初期費用	約()円	休業日	
月額の利用料	約()円～()円 ※特養、老健は食費や住居費等含む		
(営業/受付)時間	～ ※居住施設(24時間利用)様の場合は受付時間を記入		
居室数	部屋	うち、個室数	部屋
医務室	<input type="checkbox"/> 24時間利用可 <input type="checkbox"/> 日中利用可 <input type="checkbox"/> なし		
医師・看護師	<input type="checkbox"/> 医師常勤 <input type="checkbox"/> 看護師常駐 <input type="checkbox"/> 看護師常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤・なし		
提携医療機関	<input type="checkbox"/> 有(医療機関名:) <input type="checkbox"/> なし		
ナースコール	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	送迎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
介護個室	<input type="checkbox"/> 有(部屋) <input type="checkbox"/> なし	リハビリ	<input type="checkbox"/> 専門資格者勤務 <input type="checkbox"/> 訓練室あり <input type="checkbox"/> なし
外部提携介護施設	<input type="checkbox"/> 有(提携施設名:) <input type="checkbox"/> なし		
宿泊	<input type="checkbox"/> 可(定員 名) <input type="checkbox"/> 不可 ※通所系、小規模多機能事業所の場合		
その他	<input type="checkbox"/> 認知症対応可 <input type="checkbox"/> 重症者対応可 <input type="checkbox"/> 夜間見回り <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項や設備があれば教えてください			
職員数	人(うち常勤 人)		