

居宅介護支援事業所  
事業者指導調査資料

( 年 月 日現在)

開設者			
事業所名			
所在地			
連絡先	TEL :           —     —	FAX :           —     —	
	e-mail :		
管理者			
指定(開設) 年 月 日	年 月 日		
指導調査 実施予定日	年 月 日	事業所番号	

○添付資料

- ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
- ・人員基準チェックリスト
- ・介護報酬自己点検シート
- ・事業概要 (パンフレット等)
- ・施設平面図 (指定時より変更があった場合)

●前回指導調査結果通知に基づく指示事項（口頭指示を含む。）の改善状況

（前回指導調査実施日 年 月 日）

指 示 事 項	改 善 措 置 状 況	未 改 善 の 理 由

●市に対する事業運営上の要望・質疑事項

要 望 事 項	
質 疑 事 項	

● WAM NET の活用

WAM NET 加入状況	加入済み 未加入→加入予定（ 年 月） ・ 予定なし
（WAM NET 加入者） WAM NET の利用状況	

● 利用者の要介護区分（指導日の前月の状況）（ 年 月）

利用者計	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

※事業対象者を除く