

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