

事業所プロフィール（特別養護老人ホーム）

1. 事業所名称：
2. 運営主体法人名称：
3. 施設長氏名：
4. 当該事業の開始年月日：
5. 所在地 住 所：

電話番号：

Fax 番号：

6. ホームページの有無（ 有 ・ 無 ）
7. 同一事業所（同一敷地内または同一建物内）で実施している主な福祉、医療サービス事業をご記入ください（主なもので結構です）

8. 事業所が大切にしている考え方や理念、基本方針等を簡潔にご記入ください。
それらが記載されているパンフレットや資料の写しを添付していただいても結構です

9. 職員数（ 年 月 日現在）： 単位；人

職種 形態	医師		生活相談員		介護職員		看護職員		管理栄養士		機能訓練 指導員		介護支援 専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤														
非常勤														

10. 定員及び現在の利用者：

(1) 入所定員 (人)
 ショートステイ定員 (人)

(2) 現在の利用者の

平均年齢： (歳)

平均要介護度： ()

要介護度の内訳：(平成 年 月 日現在) 単位；人

	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	認定中	合計
男性								
女性								
合計								

11. 施設の状況

(1) 居室の状況

	室数	面積 (㎡)
個室		
二人部屋		
三人部屋		
四人部屋		

(2) 食堂の状況

食堂数： ()

定員一人あたりの食堂面積： (㎡)

(3) 建物の状況

- 単独型：(階建)
- 併設型：併設種別 () 使用階 (階)
- 建築（含大改築）後の経過年数：(年)
- 大改築計画の有無：(有 ・ 無)

(4) 近隣の環境（閑静な住宅地、近隣が公園で緑が多い、商店街が近く買物に至便 など）

--

(5) 介護保険サービスの1割負担額以外の平均的な利用料をご記入ください

（理美容代は含みません。利用料金表を添付していただいても結構です）

内 容	月 額 (円)

12. 苦情解決の体制について

- (1) 第三者委員設置の有無 (設置している ・ 設置していない)

↓

委員数： 名
活動状況（訪問頻度等）：

- (2) その他苦情解決に向けての取組み（意見箱の設置、オンブズマンの導入等）についてご記入ください

--

13. 各種マニュアル類の整備状況

- 基本業務実施マニュアル（有 ・ 無 ・ 整備中 ）
- 感染症対応マニュアル（有 ・ 無 ・ 整備中 ）
- 事故発生対応マニュアル（有 ・ 無 ・ 整備中 ）
- その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

14. 事業所の特徴等

事業所のPRポイント等をご記入ください