

事前提出資料

介護予防居宅療養管理指導

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

3. 事務室等の面積や設備について

事務室	m ²	相談室	m ²
更衣室等	m ²	他の事務所との共用の有無	有 無
他の事務所との共用が有る場合	共用する事務所の名称		
相談室を設けていない場合相談スペースの状況			
感染症予防に必要な設備及び備品の種類			

4. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している 月締めで徴収している その他

入金方法： 現金 銀行等振込み 口座引落とし その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

5. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を整えているか。

① 記録している ② 記録していない

6. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

苦情処理担当職員の氏名	
” の資格	
苦情処理件数（過去1年間）	件

7. 加算の状況

特別な薬剤の投薬が行われている利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合の加算	有	無
特別地域加算	有	無
中山間地域等における小規模事業所加算	有	無
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無

医療用麻薬持続注射療法加算	有	無
在宅中心静脈栄養法加算	有	無