**指定介護予防訪問看護・訪問看護　事業所情報**

**令和　　年　　月　　日**

**法人名**

**法人代表者役職名**

**氏　名　　　　　　　　 　　　印**

**事業所名**

○　実地指導日　令和　　年　　月　　日

○　サービス提供状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 　年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |
| 介護予防 | 利用者数計　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時訪問看護加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護 | 利用者数計　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時訪問看護加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ターミナルケア加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス提供体制強化加算の有無 | 有　　・　　無 |

（注１）利用者数は、報酬請求に係る実利用者数を記入してください。（直近１２ヶ月分）

（注２）介護予防訪問介護の指定を受けていない場合は該当箇所の記載は不要です。