

# 調査票

事業所名：

担当者:

連絡先:

- ① 事業所内に利用者が入浴できる設備は設置していますか？

YES • NO

- ② ①で YES とお答えいただいた場合、入浴設備を利用している利用者は何名ですか？

--

名

- ③ ①でYESとお答えいただいた場合、入浴設備は平均的に1週間で何回程度稼働していますか？（利用者1名が利用した回数を1回とします。）

--

回程度

- ④ ①で YES とお答えいただいた場合、入浴にあたり介助を行う職員の人数は何名ですか？また、その職員の職種をお答えください。

--

名

【内訳】

看護師	看護師以外の職種 具体的な職種（ ）
名	名

- ⑤ 今後、入浴設備を整備する予定や入浴設備を改修する予定はありますか？

YES • NO

質問は以上です。御協力ありがとうございました。