

別紙 様式2

広島県介護ロボット使用状況報告書

平成 年 月 日
(※1)

報告担当者職・氏名 _____

報告担当者連絡先 _____

法人名	介護サービス事業所名	介護サービスの種別
介護ロボットの種別 (※2)	介護ロボットの製品名	
介護ロボット導入時期	導入台 (セット) 数	
平成 年 月 日		
【介護ロボットの使用状況 (使用する業務・使用頻度等)】 ※日々の活用状況等、具体的に記載すること。		
【介護ロボットの導入効果 (導入による業務改善状況等)】 ※介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者 (利用者) の満足度等、具体的に記載すること。		
【介護ロボットの不都合な点】		

(※1) 日付部分には、書類の作成日を記載すること。

(※2) 「広島県介護ロボット導入支援事業実施要領」第3条(2)ア内の、①移乗介護、②移動支援、③排泄支援、④「見守り・コミュニケーション」、⑤入浴支援、⑥介護業務支援のいずれかを記入。