

保管・消毒を委託する場合の点検結果等記録

指定事業所名		事業者番号	
委託先事業所名		所在地	

	業務委託契約書に規定する保管及び消毒方法	
	消毒方法	保管場所・保管方法
<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>○ 消毒・保管業務に関する委託契約の内容に沿って記載すること。</p> <p>○ 福祉用具の種目ごとに消毒・保管方法が異なる場合は、それぞれに記載すること。</p> </div>	
◎ 使用済み福祉用具の搬入から消毒及び保管までのフロー <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>図示すること。</p> </div>		
◎ 業務委託契約書 ・ 締結日 年 月 日 ・ 変更日 年 月 日 ・ 変更日 年 月 日	◎ 定期点検等の周期 ・ 1年・6か月・3か月・1か月・〇か月に1回以上	◎ 委託先事業所担当者：職・氏名

確認・点検日時及び項目並びに是正を求めた内容等

確認・点検日時	確認・点検事項	確認・点検者職・氏名 委託事業者立会者職・氏名	確認・点検 結果	改善を求めた内容	改善予定日	改善結果の 確認年月日
年 月 日 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇			概ね適正 要改善		年 月 日	年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇			概ね適正 要改善		年 月 日	年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇			概ね適正 要改善		年 月 日	年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇			概ね適正 要改善		年 月 日	年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇			概ね適正 要改善		年 月 日	年 月 日