

リハビリ特化型デイサービスチェックシート

施設名：

担当者名：

連絡先：

チェック項目	チェック	詳細	満足度
全体の雰囲気	☐		
移動のしやすさ バリアフリー対応か	☐		
利用者スペースの居やすさ 利用者同士の交流	☐		
利用者の要介護度について	☐		
多職種連携・担当者会議	☐		
非常時対応フローはあるか	☐		
AED 設置	☐		
プライバシー配慮	☐		
送迎サービスについて	☐		
職員配置	☐	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・	
個別トレーニングメニューは作られるか	☐		
自主トレーニングサポート	☐	自宅でひとりで行える機能訓練を教えてくれるか等	
定期評価とメニュー見直しは行われるか	☐	何か月毎か	
トレーニングマシンの種類	☐		
	☐		
	☐		