

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 () : ~ :					
2 ラウンド施設						
3 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネージャー	名		名		名
4 ラウンドを行った箇所	(例) トイレ・浴室等					
5 指摘点・課題 (部署・改善箇所・今後の改善点)						
6 フィードバック方法 (具体的に：どこで、誰に、どのように)						
7 次回の開催予定	開催日時					

※ 2回/年実施することで年間10点取得できるものとする

※ 参加後 1 か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)