**福島県介護ロボット普及促進事業　事業実績書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　○○福祉会 | | | |
| 法人住所 | 福島県福島市杉妻町2番16号 | | | |
| 法人代表者名  （ふりがな） | 理事長 | | | |
| 施設名 | 特別養護老人ホーム　○○ホーム | | | |
| 施設種別 | 特別養護老人ホーム | | | |
| 所在地 | 〒960-8670  福島県福島市杉妻町2番16号 | | | |
| 連絡先  （必ずご記入ください。） | 担当者所属部署  介護部 | |  | |
| TEL　024-521-7164 | | FAX　024-521-7748 | |
| Mail　 koureihukushi\_shisetsu@pref.fukushima.lg.jp | | | |
| ロボット・台数 | 導入したロボットにチェックし、導入台数をご記入ください。  ☑　HAL®腰タイプ　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　2台）  ☑　マッスルスーツ®Every　　　　 　　　　 　　　 （　　 　 4台）  ☑　マッスルスーツ®GS-BACK　　 　　　　 　　　 （　　 　 4台）  ☑ Keipu-Sb　　　　　　　　　　　　　　　 　　 （　　　　2台）  ☑ 「移乗です」　　　 　　　　　 　　　　　　　 （　　 　 2台） | | | |
| 施設平均介護度 | 4.3 | ロボットの合計使用時間（1日） | | 8 |
| 使用介護業務 | 移乗介護、排泄介護、リネン交換、体位交換 | | | |
| 導入した目的、理由 | 導入する目的、理由をご記入ください。 | | | |
| 導入した感想 | 導入して使用してみた感想をご記入ください。 | | | |

※「代表者」、「担当者」は、必ず交付要綱、実施要領をご確認ください。

|  |
| --- |
| 要綱・要領確認者チェック欄 |
| ☑　施設代表者 |
| ☑　担当者 |