

事業所向けアンケート 兼 登録票

通所リハビリテーション

【記入方法】

- * スタッフ数は常勤換算で記入してください。
- * ◎複雑なケースにも対応可能 ○通常のケースには対応可能 △ケースによっては対応可能 ×対応できない
- * 受入や対応が可能なサービス等を、空白欄には事業所独自のサービスや情報を記入してください。
- * の部分は市ホームページに掲載させていただく情報となります。

通所介護/リハ		「笑顔いっぱい」										住所： 行田市大字下忍1089-1																
事業所番号		1173700491					Tel： 048-564-0329					Fax： 048-556-6168																
事業所法人名		医療法人 葦の会					法人代表者名 石井 義則					事業所管理者名 石井 義則																
メールアドレス		genki@ishii-clinic.gr.jp										連携医療機関					いりょうほうじん あしのかい いしいくりにつく											
ホームページ		www.ishii-clinic.gr.jp										連携医療機関					医療法人葦の会 石井クリニック											
サービス提供方針・理念		利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。また従業者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて層の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法士、作業療法士、その他必要なリハビリテーションを行う事により、利用者の心身の機能の維持回復を図る。																										
曜時 日間	平日	土	日	祝	その他の休み	延長	定員	泊まり 定員	宿泊費/日	加 算	運動機能向上加算 事業所評価加算 サービス提供体制強化加算II 入浴加算										平月者利 均間数用	要支援	要介護					
	8:00~17:00	8:00~12:20	休み	8:00~12:20	年末年始5日	なし	16	0	なし		なし	18	54															
サー ビス 内 容	時 間	時間区分		サービス提供時間		定員	延長サービス		送 迎	有無		食 事	普通食	ソフト食	きざみ食	流動食	カロリー 制限	DM食	塩分制 限食	腎臓病食								
		3~4時間		9:00~12:20		16				車いす対応	○		×	×	×	×	×	×	×	×	×							
				13:30~16:50		16				リフト車 寝台車	×		食事におけるその 他の対応										食事の提供はありません					
	入 浴	有	回/週	個	一般	機械	スリッパ	入浴制限 の状態		入浴の提供はありません										機 能 訓 練	PT	OT	ST	柔整師等	NS	自立支 援	生活 リハ	設置器具(マシーン) ニューステップ エアロバイク等
無		×	×	×	×	×													○		○	×	×	×	○	○		
利 用 者 の 状 態	心 身 の 状 態 等	生活保護		要支援		寝たきり		終末期		医 療 処 置	胃ろう	気管切開	喀痰吸引	自己注射	人工呼吸器	経管(鼻)栄養	麻薬	自 費	食事代/日		おやつ代/日		おむつ代/枚		レク等			
		○		○		×		×			×	×	×	○	×	×	×		なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし			
		認知症		若年性 認知症		難病		身体障害			在宅酸素	IVH	創処置	尿カテ	人工肛門	その他()	区域外送迎		入浴料		その他		リハ/バン140円 バット50円	なし				
		△		△		△		△			○	×	×	男性○ 女性○	○	○	なし		なし									
新規申込者の申請用紙				当事業所指定の診療情報提供書								関 連 業																
ここをクリック				ここをクリック																								
ポ イ ン ト	リハビリに特化したデイケア施設です。 リハビリのゴールを設定し、ゴール到達による施設利用の卒業を目指します。一人でを行うには少し不安のあるプログラムなどを、理学療法士と共に確認しながら運動が出来ます。 立ち上がりや歩行・入浴動作・家事動作などの生活機能向上を目的として、在宅生活に具体的に反映できるようリハビリを実施します。 こんな方にお勧め 医療保険でのリハビリ期限が修了に とにかくリハビリがしたい 交通手段でお悩みの方																											
○ 上記の情報について、行田市医師会ホームページに掲載することに同意します。 同意します・同意しません																												
○ の欄の情報について、市ホームページに掲載することに同意します。 同意します・同意しません																												
事業所 代表																												
印																												