

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		行田ふれあいクリニック通所リハビリ										住所： 行田市 持田3-15-23													
事業所番号		1113701315			Tel： 048 - 555 - 1155			Fax： 048 - 556 - 8171																	
事業所法人名		埼玉医療生活協同組合			法人代表者名			福島 安義			事業所管理者名		大島 伸浩												
メールアドレス		gyodacl			@			fureaihosp.or.jp			連携医療機関		羽生総合病院												
ホームページ		http://gyoda-fureai.com																							
サービス提供方針・理念																									
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	中重度ケア体制加算 リハマネ加算 短期集中リハビリなど	月利 間用 平者 均数	要支援	要介護											
	9:30-16:00	9:30-16:00	×	9:30-16:00	12/31-1/3	×	20	×	×			約6名	約40名												
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	さざみ食	流動食	カロ リー制	DM食	塩分制 限食	腎臓病食							
		6-8H		6.5時間		20			車いす対応 リフト車 寝台車		○	△	○	○	○	△	○	△							
						なし		居室内介助	×		食事におけるその他の対応														
	入浴	有	回/週	個	一般	機械	ストリ ャ	入浴制 限の状 態	Dr.指示、傷の有無など			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)					
無		6回/週	○	○	×	×					0.48	1.09	0.96	×	1	△	△	エアロバイクなど							
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
		○		○		△		△			○	△	○	○	×	○	△		620円/日						
		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				
△		△		△		○		○	△	△	男性○ 女性○	○													
新規申込者の申請用紙				当事業所指定の診療情報提供書				関事 連業		行田ふれあいクリニック訪問リハビリ、訪問診療、訪問看護 羽生総合病院															
ここをクリック				ここをクリック																					
ポ イ ン ト	生活の質の向上のために、個別リハビリを中心に実施しています。PT、OT、STの三種の女性スタッフが在籍しており、笑顔でリハビリテーションの提供を行っています。 20人の少人数のため人と人との関わりを持つことができ、あたたかい雰囲気でのケアです。 いつでも見学・体験歓迎いたします。また相談も受け付けておりますので、お問い合わせください。																								
○ 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															