

事業所向けアンケート 兼 登録票

短期入所生活介護・療養介護

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。

事業所名		介護老人保健施設グリーンピア ショートステイ				併設： 特養 ケアハウス				住所： 行田市須加 1 5 3																
事業所番号		1153780020		Tel： 048 - 557 - 3633		Fax： 048 - 557 - 3663																				
事業所法人名				社会福祉法人清幸会		法人代表者名		川島 治		事業所管理者名		清川 道夫														
メールアドレス				@		担当：		吉田 和史		連携医療機関		行田中央総合病院 菱澤歯科医院														
ホームページ				http://www.seikokai.com/		フェイスブックあり（社会福祉法人清幸会 緑風苑で検索）																				
サービス提供方針・理念				あなたらしい生活をチームケアで支えます。																						
曜時 日間	通常営業		特別な休み		緊急受入		定員数		前年の1日平均利用者数		加 算	サービス提供体制強化加算(1)イ 18単位/日 夜勤配置加算 24単位/日 個別リハビリ加算 240単位/日 送迎加算 184単位/日				利用者 数月間 平均	要支援	要介護								
	365日		なし		要相談		空床利用		平日 8 土日 8										0.3	8						
サー ビス 内 容	居 室	タイプ	室数	人数	部屋面積 (㎡)	滞在費 (円/日)	定員	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	送 迎	有無	○	送迎可 能な曜 日	1/1~1/3以外  365日					
		個室			12	1640円/日			○	○	○	○	○	○	○	要相談		車いす対応	○	家族送 迎での 受入曜 日						
		多床室			36	370円/日			食事時間変更対応	食事におけるそ の他の対応					リフト車 覆台車	○		○								
	入 浴	有	回/週	個	一般	機械	スリッパ	入浴制 限の状 態	・入浴前に看護師によるバイタル 測定があり、入浴できるかの判断 をしています。				入浴利 用時の 留意点	・施設洗濯を希望された方には、洋服の貸 し出しも行っていきます。				その他の送迎								
無		2	×	○	○	○																				
者 の 状 況	の 状	生活保護		要支援		寝たきり		終末期		置 換 医 療	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	ス タ フ	医師	相談員	看護職員	介護職員	栄養士	PT		
		○		○		○		要相談			○	×	×	×	×	×	○		1	3			1	4		
		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( )	○		○	○	○	○	○	○	○	○
		○		○		要相談		○			○	×	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
関 連 業																	自 費	食事代/日	金銭管 理/日	生活用品・レク 等		私物電気代/台/ 月	洗濯代			
																		1380円	500 円	150円/日	100円/日	100円/日				
予約依頼書書式										PRポ イント		<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設洗濯をご利用の方は洋服の貸し出しも致しますので、お薬だけご用意頂ければご利用可能です。</li> <li>・日中は基本的に離床し、レクリエーションや体操などを行い、活動的に過ごして頂いています。</li> <li>・医師・理学療法士など専門職がいることが特徴で、体調が思わしくなく方、ADLが低下傾向にある方など、元 気になって帰られる方が多くいらっしゃいます。</li> </ul>														
○ 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																
○ [ ] の欄について上記の情報について、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														