

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		短時間通所リハビリテーション						住所：行田市 富士見町 2-17-17																		
事業所番号		1113701158			Tel：048-553-2000			Fax：048-553-2009																		
事業所法人名		医療法人社団 清幸会 行田中央総合病院			法人代表者名			川島 治		事業所管理者名		阿久津彰良														
メールアドレス		reha @ gcgh.jp						連携医療機関																		
ホームページ		http://www.gcgh.jp/																								
サービス提供方針・理念		おひとりごとゴールや目標は異なりますので、ご利用者のご希望に添ってサービス提供をいたします。																								
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	通所リハマネジメント加算230単位/月、通所リハサービス提供体制加算116単位/回、予防通所リハサービス提供体制加算11(1)24単位/月・11(2)48単位/月、運動機能向上加算225単位/月	間月数者	要支援	要介護												
	9:00~16:00	×	×	×	12/31~1/3	×	12	×	×						96	35										
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	無	食 事	普通食	ソフト食	さざみ食	流動食	カロリー 制限	DM食	塩分制 限食	腎臓病食							
		1時間		9:00~16:00		12			車いす対応	×		×	×	×	×	×	×	×	×							
									リフト車 寝台車	×		食事におけるその他の対応										食事提供はありません				
							居室内介助		×																	
入 浴	有	回/週	個	一般	機械	スリッパ	入浴制 限の状 態	入浴サービスはありません										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)
	無	×	×	×	×	×												2	×	×	×	×	×	○	×	
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	
		△		○		×		○			×	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	×
		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()	×		×	×	×	×	×	×	×	×
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																		
ここをクリック		ここをクリック																								
ポ イ ン ト	院内リハビリテーション室で外来患者様と一緒にリハビリテーションを受けられます。通院と同じ環境設定ですので送迎サービスはありません。																									
	個別対応をご希望に添ってのサービス提供ですので、画一的なリハビリテーションではありません。リハビリテーションのみを真剣に受けたい方には最適です。																									
○ 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																										
○ 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																										
事業所 代表 阿久津彰良																										
印																										