事業所向けアンケート　兼　登録票

通所介護

【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。

通所介護/リハ	ひだまりの家　行田	住所：	行田市	持田２３５７－１	
事業所番号	1173700897	Tel：	０４８－　５７８　－　８８２２	Fax：	０４８－　578　－　8881
事業所法人名	株式会社こもれび	法人代表者名	小井土　匡彦	事業所管理者名	渋沢清美
メールアドレス	ｋｏｍｏｒｅｂｉ　@　giga.ocn.ne.jp	連携医療機関	行田協立診療所		
ホームページ	http//:www		松原医院		
サービス提供方針・理念	利用者の自立支援のため、身体機能の向上や認知機能の維持向上のため、リハビリを中心としたサービスを提供します。				

曜日時間	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	入浴介助　５０単位/日	月間数者	要支援	要介護
	９：００～１６：３０	９：００-１６：３０	休み	９：００～１６：３０	無	要相談	２５人	無					100	150

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
	5　～　7h	9:30　～　16:00	20	最長　18:00まで
	3　～　5ｈ	9:00　～　13:00	20	居宅介護（予防）支援計画より延長部分は全額自己負担
			10	

送迎		
有無	○	
車いす対応	○	
リフト車寝台車	×	
居宅内介助	×	

食事	普通食	ソフト食	きざみ食	流動食	カロリー制	ＤＭ食	塩分制限食	腎臓病食		
	○	○	○	○	○	○	○	○		
食事におけるその他の対応	季節やイベントに合わせた特別食の提供。									

入浴	有	回/週	個	一般	機械	ｽﾄﾚﾁｬ
		6	○	○	×	×

入浴制限の状態：・発熱時・経管栄養の方は不可　・座位が取れない方の入浴は不可

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）
	0	0	0	0	2	○	○	・エアロバイク　・平行棒

利用者の状態等

心身の状態等	生活保護	要支援	寝たきり	終末期
	○	×	○	○
	認知症	若年性認知症	難病	身体障害
	○	○	要相談	要相談

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
	×	×	×	○	×	×	△
	在宅酸素	ＩＶＨ	創処置	尿カテ		人工肛門	その他（　）
	○	△	○	男性○　女性○		○	

自費	食事代/日	おやつ代/日	おむつ代/枚	レク等
	¥500	込	¥160	実費
	区域外送迎	入浴料	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	訪問看護ステーション・訪問介護・居宅支援事業・在宅型有料老人ホーム	

PRポイント：運動不足解消のために、午前中は体操を中心に運動を取り入れてやっています。反射機能の衰えも解消するべく、毎日、楽しい雰囲気でトレーニングしています。

○　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・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　　渋沢清美

○　○　○　○　印