

事業所向けアンケート 兼 登録票

訪問介護

- * 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		介護サービスひまわり				住所： 行田市長野4-19-10 パークハイム103									
事業所番号		1.174E+09		Tel： 048-598-8961			Fax： 048-598-8962								
事業所法人名		NPO法人ケアフレンドひまわり			法人代表者名		増田喜代子		事業所管理者名			増田喜代子			
メールアドレス		kaigo @ npo-himawari.or.jp						連携医療機関							
ホームページ		無し													
サービス提供方針・理念		障害を持っていても 高齢になっても 住み慣れた地域で暮らしたい！ を心を込めてやさしくお手伝いします。													
曜日 日間	平日		土		日		祝		その他の休み		緊訪 急問	緊急時 対応	24時間 訪問	夜間 早期	深夜
	9時～17時		休み		休み		休み		12/31～1/3			○	○	○	○
提供可 能利用 者	生活 身	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						
		○	○	○	○	○	○	○	○	○					
サー ビス 内 容	生活 援 助	掃除	洗濯	買い物	調理	ゴミ出し	パッド メーキング	衣類の 整理	衣服の 修理	薬の 受取り					
		○	○	○	○	○	○	○	○	△	○				
	身 体 介 護	食事	服薬介助	療養食調理	経管栄養 管理	喀痰吸引	口腔清潔	外出介助	起床・就寝	着替え		月 間 平 均 利 用 者 数	要支援		
		○	△	○	×	×	○	○	○	○	○		8人		
整容	清拭	入浴	褥瘡予防	排泄介助	体位交換	ストマ交換	移動介助	乗降介助		要介護					
○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	33人					
利用 者 状 態	生活 身	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						
		○	○	○	○	○	○	○	○	○					
関 連 事 業	<ul style="list-style-type: none"> ・埼玉県障害児(者)生活サポート事業 ・障害者相談支援事業 ・居宅介護支援事業 ・障害福祉サービス事業 						費 用 加 算	自費	キャンセル料	草むしり	入退院 準備	大掃除			
		3日、平大部可 の場合は千円。 体調不良の場合	○	○	○	○									
ポ イ ン ト	上記4事業と介護保険法による居宅サービス事業と、5つの事業に取り組んでおりますので 併用での利用が可能です。事務所がお休みでも提供は24時間・365日可能です。							・訪問介護処遇改善加算II							
<input type="checkbox"/> 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。												<input type="checkbox"/> 同意します・同意しません			
<input type="checkbox"/> 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。												<input type="checkbox"/> 同意します・同意しません			
事業所 代表 増田喜代子															
印															