

## 事業所向けアンケート 兼 登録票

### 訪問介護

**【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。

<b>事業所名</b>		行田ケアセンターそよ風 訪問介護				<b>住所</b> ： 行田市天満8-29									
<b>事業所番号</b>		1.174E+09		<b>Tel</b> ： 048-564-3701			-		<b>Fax</b> ： 048-564-3715						
<b>事業所法人名</b>		株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ			<b>法人代表者名</b>		平家 伸吾		<b>事業所管理者名</b>			本木 瑞穂			
<b>メールアドレス</b>		youda@unimat-rc.co.jp				<b>連携医療機関</b>		行田協立診療所							
<b>ホームページ</b>		http://www.unimat-rc.co.jp						行田中央総合病院							
<b>サービス提供方針・理念</b>		お客様がご自宅にて自立した生活ができ、ご家族の介護負担の軽減を図ります。													
<b>曜時 日間</b>	平日		土		日		祝		その他の休み		<b>緊訪 急問</b>	緊急時 対応	24時間 訪問	夜間 早期	深夜
	8:30~17:30		8:30~17:30		8:30~17:30		8:30~17:30		なし			△	×	×	×
<b>提供可 能利用 者</b>	<b>生活 身</b>	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						
		○	○	○	○	○	△	×	△						
<b>サー ビス 内 容</b>	<b>生活 援 助</b>	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					
		○	○	○	○	○	○	○	△	○					
	<b>身 体 介 護</b>	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		<b>月 間 平 均 利 用 者 数</b>	要支援		
		○	○	×	×	×	○	×	△	○	107				
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		368	要介護				
○	○	○	△	○	○	×	○	○							
<b>利 用 者 状 態</b>	<b>生活 身</b>	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						
		○	○	○	○	○	△	×	△						
<b>関 連 業 務</b>	居宅介護支援事業所・デイサービス・グループホーム・ショートステイ							<b>費 用 加 算</b>	キャンセル料	草むしり	入退院 準備	大掃除			
									△	○	○	○			
<b>ポ イ ン ト</b>									初回訪問加算・介護職員処遇改善加算						
<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"/> <span style="background-color: #f4a460; padding: 2px;">                    </span> 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 <span style="margin-left: 100px;">行田ケアセンターそよ風 沢田</span> <span style="float: right;">印</span>															