

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。

事業所名		けあビジョン行田				住所：		行田市 行田6-1 3階														
事業所番号		1.174E+09		Tel：		048-594-9671		Fax：		048-594-9672												
事業所法人名				株式会社ビジュアルビジョン		法人代表者名		井沢 隆		事業所管理者名		石井 照久										
メールアドレス				carev.gyoda@		kvisualvision.com		連携医療機関														
ホームページ				http://www.visualvision.co.jp																		
サービス提供方針・理念		思いやりの心で誠実に、ご利用者様の在宅生活の幸せを思い、誰にも負けない努力をし、利用者様・ご家族様共に、喜びを実現します。																				
曜時 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 早朝		深夜				
	0:00~24:00		0:00~24:00		0:00~24:00		0:00~24:00		なし			○		○		○		○				
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	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	
		○		○		○		×		×		○		○		○		○			1	
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				
○		○		○		○		○		○		○		○		○		8				
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 業 務	居宅介護支援・訪問看護・通所介護・福祉用具・養成講座										費 用 加 算	自 費		キャンセル料		草むしり		入退院 準備		大掃除		
												有り		1時間1,100円以 後30分ごとに875 円		×		1時間1,100円以 後30分ごとに875 円		(夜間早朝：深 夜は割増)		
ポ イ ン ト	私たちは、ご利用者様に心から満足していただける介護サービスを通じて、地域が幸せになる企業を目指しています。																					
○ 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。												<input checked="" type="radio"/> 同意します・同意しません										
○ 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 checked="" type="radio"/> 同意します・同意しません										
株式会社ビジュアルビジョン												代表取締役		井沢 隆		印						