

事業所向けアンケート 兼 登録票

短期入所生活介護・療養介護

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		介護保険施設 心春 (こはる)				併設： 単独				住所： 行田市 持田2426															
事業所番号		1173700632		Tel： 048 - 552 - 1800		Fax： 048 - 552 - 1801																			
事業所法人名				社会医療法人 壮幸会		法人代表者名		理事長 川嶋賢司		事業所管理者名		池田 幸恵													
メールアドレス				koharu @ pony.ocn.ne.jp		担当：		連携医療機関		行田総合病院															
ホームページ										行田総合病院附属行田クリニック															
サービス提供方針・理念				「ご利用者・ご家族がいつも安心、ずっと安心」をもとに、これまでの生活を大切に、ご自身の生活スタイルが継続できるよう支援します。																					
曜時 日間	通常営業		特別な休み		緊急受入		定員数		前年の1日平均利用者数		加 算	療養食加算 (23/日)・送迎加算 (184/日)・機能訓練体制加算 (12/日)・サービス提供体制強化加算Ⅲ (6/日)・緊急短期入所受入加算 (6/日)				利用者 数月間 平均	要支援	要介護							
			年中無休		要相談		20		平日 土日																
サー ビス 内 容	居 室	タイプ	室数	人数	部屋面積 (㎡)		滞在費 (円/日)	定員	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	腎臓病食	送 迎	有無	○	送迎可能な曜日	月～日 時間要相談			
		個室	20	1			1,150	20		○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	車いす対応	○	家族送迎での受入曜日	月～日	
										○	食事時間変更対応		食事におけるその他の対応		食事以外の行事食など特別食の提供あり				×						
										○							△								
入浴	有	回/週	個	一般	機械	ストレッチ	入浴制限の状態	体調不良時				入浴利用時の留意点					その他の送迎								
	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		重 処 置 医 療	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	ス タ ッフ	医師	相談員	看護職員	介護職員	栄養士	PT	
											△	△	△	○	×	×	△		0	1	1	10	1	0	
		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()		0	0	マツサージ師				
											○	×	△	男性○ 女性○	○					0	0	1			
関 連 業													自 費	食事代/日	金銭管理/日	生活用品・レク等		私物電気代/台/月	洗濯代						
														¥600				無料	無料						
予約依頼書書式										PRポ イント															
ここをクリック																									
○ 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													
												印													