

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		介護保険施設 心春 (こはる)				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		宮澤 和正														
メールアドレス		koharu @ pony.ocn.ne.jp				連携医療機関		行田総合病院																
ホームページ								行田総合病院附属クリニック																
サービス提供方針・理念		「ご利用者様、ご家族がいつも安心、ずっと安心」をもとに、今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。																						
曜日 時間	平日	土	日	祝	その他の休み	延長	定員	泊まり 定員	宿費/日	加 算	入浴 (50/日)・個別機能訓練加算 (46/日)	月数	要支援	要介護										
	9:30~16:45	9:30~16:46	×	9:30~16:46	1/1.1/2	×	25	×	×															
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	送 迎	有無	有	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					
		3時間以上5時間未満		9:30~13:00		25			車いす対応	○		○	○	○	○	○	○	○						
		5時間以上7時間未満		9:30~16:00		25	×		リフト車 寝台車	×		食事におけるその他の対応 調理レク等での食事提供												
	7時間以上9時間未満		9:30~16:45		25		居宅内介助	○																
入浴	有	回/週	個	一般	機械	リフト	入浴制 限の状態	発熱時・体調不良の方は不可				機能訓 練	P T	O T	S T	柔整師 等	N S	自立支 援	生活 リハ	設置器具 (マシーン)				
	無	6	○	○	○	○		1	0	0	2	0	○	○	エアロバイク・平行棒									
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		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	食事代/日		おやつ代/日		おむつ代/枚		レク等
		○		○		○		要相談			△	△	△	△	×	×	×	¥590		¥100		¥100		¥100
		認知症		若年性 認知症		難病		身体障害			在宅酸素	I V H	創処置	尿カテ	人工肛門 その他 ()		区域外送迎		入浴料		その他			
		○		△		要相談		○			○	×	○	男性○ 女性○	△					日用品 ¥100				
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 連 業		介護老人保健施設ハートフル行田・在宅介護支援センター壮幸会・地域包括支援センター壮幸会・訪問介護ステーション壮幸会・壮幸会行田訪問看護ステーション														
ここをクリック				ここをクリック																				
ポ イ ン ト	半日利用など利用時間は柔軟に対応しています。小集団活動に力を入れています。																							
	○ 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													