

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		ことぶきデイサービスセンター行田				住所： 和田484-3																		
事業所番号		1173700285		Tel： 048-564-0931		Fax： 048-564-0932																		
事業所法人名		株式会社シルバーマディカルサービス		法人代表者名		松村利香		事業所管理者名		山田修一														
メールアドレス		sgyoda @ giga.ocn.ne.jp						連携医療機関																
ホームページ		http://www.sms-kotbuki.co.jp																						
サービス提供方針・理念		利用者様やご家族とのコミュニケーションを大切にし、信頼関係を築きながらサービスを行います。自分の家族に対するのと同じ気持ちでケアを行います。																						
曜日 時間	平日	土	日	祝	その他の休み	延長	定員	泊まり 定員	宿泊費/日	加 算	入浴介助	50単位/日	月 数	要 支 援	要 介 護									
	8:30~17:30	8:30~17:30	休み	8:30~17:30	12/30~1/3	要相談	25人	なし	なし		個別機能訓練加算	46単位/日				5.6	15							
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	○	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					
		7~9	9:15~16:30		25	要相談にて対応	車いす対応		○	○		×	○	×	○	×	×	×						
							リフト車 寝台車		○	食事におけるその他の対応														
入浴	有	回/週	個	一般	機械	リフト	入浴制限の状態	発熱時入浴不可			機 能 訓 練	PT	OT	ST	柔整師 等	NS	自立支 援	生活 リハ	設置器具（マシンの 物理療法・平行棒・その他					
	無	毎 回	○	○	○	×		0	0	0		0	3	○	物理療法・平行棒・その他									
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
		○	○	○	○	○	○	○	×		×	○	×	○	×	○	×	¥420	¥30					
		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（ ）		区域外送迎		入浴料		その他			
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																		
ここをクリック		ここをクリック																						
ポ イ ン ト	穏やかな時間が流れる家庭的な雰囲気の中で明るく温かい心と笑顔で、安心と信頼のサービスをご提供します。											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 山田修一													
													印											