

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		まきば園ホームヘルプステーション				住所： 行田市				白川戸275						
事業所番号		1173700186		Tel： 048-555-2202		Fax：		048-555-2711								
事業所法人名				社会福祉法人隼人会		法人代表者名		理事長 根岸仁司		事業所管理者名 根岸節子						
メールアドレス				soumu		@		makibaen.com		連携医療機関						
ホームページ		http://makibaen.com/														
サービス提供方針・理念		利用者の意志及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。														
曜日 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 早期	深夜	
	8:00~18:00		8:00~18:00		8:00~18:00		8:00~18:00		12/30~1/3			×	×	×	×	
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 助	掃除	洗濯	買い物	調理	ゴミ出し	ペット 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			
		○	○	×	×	×	○	×	×	○	40					
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						
○	○	○	×	○	○	×	○	○		60						
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 事 業	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームまきば園 ・まきば園デイサービスセンター ・まきば園居宅介護支援センター 					<ul style="list-style-type: none"> ・行田市地域包括支援センターまきば園 ・ケアハウスまきば園 ・まきばの温泉デイサービスセンター 					費 用	自 費	ヤシロ料	草むしり	入退院 準備	大掃除
												加 算	あり	×	×	×
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> ・笑顔、元気、挨拶をモットーに、住み慣れたご自宅での生活を経験豊かな介護スタッフがお手伝いさせていただきます。 										<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 ・介護職員処遇改善加算Ⅰ 					
<input type="radio"/> 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																
<input type="radio"/> 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																