

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		デイサービスみどりの丘				住所： 行田市 長野 926-2																
事業所番号		1173700558		Tel： 048-556-4485		Fax： 048-554-8904																
事業所法人名			株式会社 みどりの丘		法人代表者名		山岸克也		事業所管理者名		山岸祐子											
メールアドレス		midori-o @ tvg.ne.jp						連携医療機関														
ホームページ																						
サービス提供方針・理念		機能訓練のみを提供する施設です。マッサージ師が機能訓練指導員としてマッサージや運動指導を行っております。																				
曜時 日間	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	間月数者	要支援	要介護									
	8:30~17:30	休み	休み	8:30~17:30	12/31~1/4	×	10人	×	×													
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			
		3	~	5h	9:00~12:15	10	×		車いす対応	○		×	×	×	×	×	×	×				
		3	~	5h	13:30~16:45	10			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		スリッパ	入浴制限の 状態		機能訓練	PT	OT	ST	あ 麻 指 師	NS	自 立 支 援	生 活 リ ハ	設置器具（マシーン）		
利用者の 状態		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	おりまろ	自己注射	人工呼吸器	経管（鼻）	栄養	麻薬	自 費	食事代/日		おやつ代/日		おむつ代/枚		レク等
心身の 状態等		○	○	×	×		×	×	×	×	×	×	×					×	×	×	×	
		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	要相談	要相談	要相談		×	×	×	男性	女性	×					×	×				
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																		
P R ト イ ン	午前・午後の半日制のデイサービスです。機能訓練に特化しており、食事、入浴はありません。 あん摩マッサージ指圧師による施術及び運動指導を行います。																					
	○ 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																
株式会社 みどりの丘						事業所 代表																
						山 岸 克 也																
						印																