

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イースト				住所： 行田市 長野 926-2																				
事業所番号		1173700681		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。																								
曜日	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	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	カロリー制限	DM食	塩分制限	腎臓病食							
		無し		8:50~10:40	10:50~12:	各10	×		車いす対応	○		×	×	×	×	×	×	×	×							
		無し		12:50~14:40	14:50~16:	各10			リフト車 寝台車	×		食事におけるその他の対応														
							居宅内介助		×																	
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	あ摩指師	NS	自立支援	生活リハ	設置器具（マシーン）										
	無												9		○		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	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	
		○		○		×		×			×	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	
		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		
		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																		
ここをクリック				ここをクリック																						
P R ト イ ン	当事業所は「介護予防日常生活支援総合事業」に特化したデイサービスです。平成28年4月1日から上記の内容で運営いたします。 1単位目8:50~10:40 2単位目10:50~12:40 3単位目12:50~14:40 4単位目14:50~16:40の一日4単位でサービスを提供いたします。 機能訓練に特化したデイサービスです。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																				