

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		緑風苑デイサービスセンター				住所： 行田市 須加1529																				
事業所番号		1173700095		Tel： 048 - 557 - 3115		Fax： 048 - 557 - 4831																				
事業所法人名			社会福祉法人 清幸会		法人代表者名		川島 治		事業所管理者名		山岸 朱美															
メールアドレス			seikoukai_day @ jeans.ocn.ne.jp				連携医療機関		行田中央総合病院																	
ホームページ			http://www.seikoukai.com/																							
サービス提供方針・理念			一人ひとりの生活機能の維持・向上を目指し「その人らしさ」の生活を援助します。																							
曜日 時間	平日	土	日	祝	その他の休み	延長	定員	泊まり 定員	宿泊費/日	加 算	・入浴介助 50単位/日 ・個別機能訓練加算 56単位/日 ・中重度ケア体制加算 45単位/日 ・介護職員処遇改善加算(1)	間月数者	要支援	要介護												
	9:15~16:45	9:15~16:46	休み	9:15~16:46	12/31~1/3	要相談	50人	無	無						3.2	27.6										
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							
		7~9h	9:15~16:45		50	無	車いす対応		○	○		○	○	○	○	○	○									
		5~7h	9:15~15:00		50		リフト車 寝台車		○	食事におけるその他の対応 季節やイベントに合わせた特別職の提供があります。																
	3~5h	9:15~13:20		50	居室内介助		○																			
入浴	有	回/週	個	一般	機械	リフト	入浴制限の 状態	・発熱時			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)							
	無	6	×	○	○	○					0	0	0	1	4	○	○	・マイクロ・ホットバック								
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	自 費	食事代/日		おやつ代/日		おむつ代/枚		レク等	
		○	○	○	○	○	○	○	○		△	○	○	¥580		食事代に含む			¥100							
		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					
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	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 者		<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホーム 緑風苑 ・介護老人保健施設 グリーンピア ・緑風苑グループホーム 百花 ・行田市在宅介護支援センター 緑風苑 ・行田市訪問看護ステーション 緑風苑 ・行田市地域包括支援センター 緑風苑 ・緑風苑ホームヘルプサービス ・行田市訪問看護ステーション ・緑風苑訪問入浴サービス ・緑風苑デイサービスセンター 																
ここをクリック				ここをクリック																						
P R ト イ ン	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活に支障をきたすような症状、行動、意思疎通が困難な認知症の方、専門のスタッフで対応できます。 ・服薬管理や処置等、看護体制も充実しており、緊急時の対応もできます。 ・提供時間は、ご希望に合わせて対応できます。 ・重度の方の対応もできます。 														○ 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。		○ <input type="checkbox"/> 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。		○ <input type="checkbox"/> 同意します・同意しません									
														事業所 代表		印										