

## 事業所向けアンケート 兼 登録票

### 訪問看護

**【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。

<b>訪問看護事業所名</b>		行田訪問看護ステーション				<b>住所：</b> 行田市		須加1563							
<b>事業所番号</b>		1163790011		<b>Tel：</b> 048 - 557 - 2760		<b>Fax：</b> 048 - 557 - 2219									
<b>事業所法人名</b>				社会福祉法人 清幸会		<b>法人代表者名</b>		川島 治		<b>事業所管理者名</b>		江田久子			
<b>メールアドレス</b>				seikokai_kango @ jeans.ocn.ne.jp				<b>連携医療機関</b>		行田中央総合病院					
<b>ホームページ</b>				http://www.seikokai.com/											
<b>サービス提供方針・理念</b>		いつも笑顔で信頼されるステーションを目指して、まごころと誠意で看護しています。													
<b>曜時 日間</b>	平日	土	日	祝	その他の休み			<b>緊急時 対応</b>	24時間 訪問	夜間 早期	深夜				
	8:30~17:30	8:30~17:30	休み	8:30~17:30	12/31~1/3							○	○	○	○
<b>利用 者</b>	生活保護	要支援	難病	身体障害	がん	寝たきり	小児	終末期 看取り	精神	認知症	若年性 認知症	感染症			
	○	○	○	○	○	○	△要相談	○	○	○	○	○			
<b>サー ビス 内 容</b>	<b>ケ ア</b>	整容	清拭	入浴	褥瘡予防	排泄介助	体位交換	ストマ交換		<b>利 用 者 年</b>	要支援	要介護			
		○	○	○	○	○	○	○	○		42	495			
	<b>医 療 処 置</b>	胃ろう 経管栄養	IVH	人工呼吸器	気管切開	在宅酸素	喀痰吸引	創傷処置	褥瘡処置		<b>ス タ ッ フ 数</b>	看護師	准看護師		
		○	○	○	○	○	○	○	○	3		1			
		麻薬	点滴	リハビリ	嚥下訓練	尿管カテーテル	人工肛門	認知症 ケア・相談			PT/O T				
		○	○	○	○	○	○	○			0				
<b>関 連 業</b>	・行田市介護支援センター緑風苑 ・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 ・緑風苑訪問入浴サービス ・緑風苑デイサービスセンター ・緑風苑デイサービスセンターうららか ・緑風苑グループホーム百花 ・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 ・軽費老人ホームA型行田グリーンホーム ・行田訪問看護ステーション								<b>費 用</b>	<b>自 費</b>	医療・交通費				
			250円												
<b>ポ イ ン ト</b>	・安心満足して頂けるように、24時間連絡体制をとっています。 ・病院、他サービス事業所とも連携をとっています。								<b>加 算</b>	・夜間早期加算 25%増/日 ・緊急時訪問看護加算 540単位/月 ・特別管理体制加算 250単位・500単位/月		・サービス提供体制加算 540単位/月 ・深夜加算 50%増/6単位/回 ・ターミナルケア体制			
○ 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。 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 同意します・同意しません</span>															
○ <span style="background-color: #f9cb9c;">          </span> 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。 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 同意します・同意しません</span>															
行田訪問看護ステーション				事業所 代表				江 田 久 子							
印															