

## 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。

<b>事業所名</b>		さくらケア訪問看護リハビリステーション				<b>併設：医療機関・単独</b>		<b>住所：</b> 行田市 長野2丁目29-38						
<b>事業所番号</b>		1163790052		<b>Tel：</b> 048 - 501 - 8277		<b>Fax：</b> 048 - 555 - 1356								
<b>事業所法人名</b>		(株) パルシー		<b>法人代表者名</b>		永沼 敬一郎		<b>事業所管理者名</b>		塩田 昌美				
<b>メールアドレス</b>		sakura @ palthy.com		<b>担当：</b>		吉永		<b>連携医療機関</b>						
<b>ホームページ</b>		訪問看護行田.com												
<b>サービス提供方針・理念</b>		利用者様の意思及び人格を尊重して、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。可能な限り居宅にて、利用者様の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援します。												
<b>曜日時間</b>	平日	土		日	祝	その他の休み			<b>緊急訪問</b>	緊急時対応	24時間訪問	夜間早朝	深夜	
	9:00-17:00	9:00-12:00 要相談		休み	休み						○			
<b>利用者状態</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	○	○	○	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		
		○	○	○	○	○	○	○			2	20		
	<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	
		○	○	応相談	○	○	○	○	○			4	1	
		麻薬	点滴	リハビリ	嚥下訓練	尿管カテーテル	人工肛門	認知症相談				PT/O T		
○	○	○	要相談	○	○	○	○			1				
<b>関連事業</b>								<b>費用加算</b>	<b>自費</b>	1時間まで9000円以降応相談		キャンセル料 前日まで無料 当日は2000円 事情によっては不要		
<b>ポイント</b>	地域に密着したステーションとして、できるだけ家族に近い存在でありたいと考えております。住み慣れた自宅で安心して療養生活が送れるよう様々な面からサポートさせていただきます。								<b>加算</b>	夜間・早朝加算25%増 深夜加算50%増				
<input type="checkbox"/> 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="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません</span>														
<input type="checkbox"/> <span style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">                    </span> の欄について上記の情報について、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="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません</span>														
さくらケア訪問看護リハビリステーション 管理者 <span style="float: right; font-size: 1.2em;">塩 田 昌 美</span> <span style="float: right;">印</span>														