

事業所向けアンケート 兼 登録票

訪問介護

【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。

事業所名								住所： 行田市							
事業所番号		Tel： 048－				Fax： 048－									
事業所法人名		法人代表者名			事業所管理者名										
メールアドレス		@			連携医療機関										
ホームページ															
サービス提供方針・理念															
曜時 日間	平日		土		日		祝		その他の休み		緊訪 急問	緊急時 対応	24時間 訪問	夜間 早期	深夜
提供可 能利用 者	生 活 身	生活保護	要支援	寝たきり	終末期	認知症	若年性 認知症	難病	身体障害						
	サ ー ビ ス 内 容	生 活 援 助	掃除	洗濯	買い物	調理	ゴミ出し	ペット メーキング	衣類の 整理	衣服の 修理	薬の 受取り				
利用 者 状 態	生 活 身	食事	服薬介助	療養食調理	経管栄養 管理	喀痰吸引	口腔清潔	外出介助	起床・就寝	着替え	月 間 平 均 利 用 者 数	要支援			
		整容	清拭	入浴	褥瘡予防	排泄介助	体位交換	ストマ交換	移動介助	乗降介助		要介護			
関 連 事 業	費 用 加 算							雑費料	草むしり	入退院 準備	大掃除				
ポ イ ン ト															
<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。 同意します・同意しません															
<input type="checkbox"/> 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															
事業所 代表															
印															