

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		通所介護 行田ケアセンターそよ風						住所： 行田市天満8-29																
事業所番号		11737 00236			Tel： 048-564-3701			Fax： 048-564-3715																
事業所法人名		(株) ユニマツ リタイアメント コミュニティー			法人代表者名			平家 伸吾			事業所管理者名		坂本 恵美											
メールアドレス		gyouda @ unimat-rc.co.jp						連携医療機関				行田協立診療所												
ホームページ		www.unimat-rc.co.jp										行田中央総合病院												
サービス提供方針・理念		お客様の自立を助け、他者との交流、清潔保持、身体機能の維持、向上を図ります。																						
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	若年性認知症加算・入浴加算・介護職員処遇改善加算						間月数者	要支援	要介護					
	○	○	×	○	1/1~1/3	×	50人	×	×								7	57						
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	有	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					
		7~9時間		9:30~16:45		50	無し			有			○	○	○	○	○	要相談	○	要相談				
										有			食事におけるその他の対応											
									有			好き・嫌いなど個人に合わせて対応致します。												
入浴	有	回/週	個	一般	機械	スリッパ	入浴制限の 状態	お客様に合わせて対応。シャワー浴あり。				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	有	有	有	無					0	0	0	0	2	0	0		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	喀痰吸引	自己注射	人工呼吸器	経管(鼻)栄養	麻薬	食事代/日		おやつ代/日		おむつ代/枚		レク等
		○		○		要相談		×			○	×	○	○	×	×	650円		200円		76円~		有	
		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		○			○	×	○	男性○ 女性○	○	要相談		入浴加算あり		ミール@ホーム 648円				
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																
ここをクリック				ここをクリック																				
P R ト イ ン	基本 9:30~16:45までのご利用となるが身体の状態により、短時間のご利用にも対応しています。毎日入浴、外出レクも積極的に行っています。食事について2種類から選んで頂き提供しています。																							
	○ 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														
事業所 代表											行田ケアセンターそよ風 沢田 印													