

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		ケアセンターすみれ				住所： 行田市 持田 3-32-37																		
事業所番号		1173700269		Tel： 048-554-1488		Fax： 048-555-7750																		
事業所法人名			有限会社すみれ		法人代表者名		島田 由紀子		事業所管理者名		島田 由紀子													
メールアドレス		sumire1488@kanto.me				連携医療機関		ふれあいクリニック																
ホームページ																								
サービス提供方針・理念		おひとりおひとりを大切にお預かりいたします。																						
曜時 日間	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	間 月 数 者	要支援	要介護									
	9:00:00-16:00	9:00-16:00	休み	9:00-16:00	12/31-1/3	要相談	12人	-	-		口腔ケア	150単位/日		2	4									
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					
		7h ~ 9h	9:00 ~ 16:00	12	最長 18:00まで	車いす対応	○		○	○		○	○	○	○	○								
						リフト車 寝台車	○		食事におけるその他の対応															
	入浴	有	回/週	個	一般	機械	リハ	入浴制限の状態	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	○	○	×	×	・発熱時は不可 ・座位がとれない方の入浴は不可	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
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
		○	○	△	○	○	○	○	○		○	○	×	600円		50円		-		実費				
		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○		○					-		-						
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																				
ポ イ ン ト	○ 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 checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません									
														ケアセンターすみれ 代表										
														島田 由紀子 印										