

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		鳥浜デイサービス				住所：行田市斎条150																		
事業所番号		1173700400		Tel： 048-557-1063		-		Fax 550-7608						-										
事業所法人名		良会社兼幸会			法人代表者名		清水謙二		事業所管理者名		片野 ひろみ													
メールアドレス		kenkoukai@coffee.ocm.ne.jp						@		連携医療機関		かかりつけ医												
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	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							
	9:30~16:35	休	休	9:30~16:35	12/31~1/3	なし	10	0								6人	8人							
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					
		7時間		10	なし	車いす対応	○		○	○		×	×	×	×	△								
						リフト車 寝台車	○		食事におけるその他の対応 個々の相談に必ず、 H28年度以降お弁当でしたがまた、デイの厨房で作るよう検討しています															
	入浴	有	回/週	個	一般	機械	リフト	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 踏み台昇降、エスカル ゴ、つりバンド							
無		2~3	○	○	○	×		×		×	×	×	1	○										
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
		○	○	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	550（お やつ）	×					
		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																				
P R ポ イ ン ト	定員10名のこじんまりとしたデイですが、一人ひとりに細かいケアをして個々に対応できる利点があります。皆さん畑や緑を眺めながらのんびりと過ごされています。																							
	○ 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												
○ [ ]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													
											事業所 片野 ひろみ													
印																								