

登録調査票の(新規・変更) 届出書

【 同意確認 】

当事業所は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及びWeb上検索システム(資源マップ)に掲載し、情報公開することに同意します。 同意日時： 令和 年 月 日

機関・事業名

㊞ 記入者名

(部署・役職)

訪問介護 登録調査票									
令和 年 月 現在									
事業所名					代表者名				
住所	〒								
電話番号					FAX番号				
メールアドレス									
ホームページ									
受付相談窓口					担当者				
	対応しやすい時間： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> _____ 曜日・時間帯(~)								
サービス提供地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南城市 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
営業時間 (具体的な時間をご記入ください)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日	
	定休日								
	留意事項								
介護予防サービスの実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			認定特定行為 業務従事者認定		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
24時間対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 否			通院乗降介助		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
男性スタッフ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			早朝・夜間の対応		早朝(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 否)			
外国語対応	<input type="checkbox"/> 可() <input type="checkbox"/> 否					夜間(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 否)			
利用可能な制度	<input type="checkbox"/> 介護保険制度(訪問介護) <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法(居宅介護、重度訪問介護)								
受け入れ可能な対象	<input type="checkbox"/> 経管栄養管理 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマの患者 <input type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <input type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着の患者 <input type="checkbox"/> IVHの患者 <input type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者 <input type="checkbox"/> 終末期の患者 <input type="checkbox"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 障がい者の患者 <input type="checkbox"/> 小児の患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患の患者 <input type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 創傷処置の患者 <input type="checkbox"/> 褥そう処置の患者 <input type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど)								
併設・関連機関									
事業所アピール									
備考									

※ご回答いただきました登録調査票は、下記の南部地区医師会あてへFAXにてご送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-835-7033