

登録調査票の（新規・変更）届出書

【同意確認】

当施設は、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）

● 貴施設の基本情報についてご記入ください。

※ 該当する項目の□にレ点をご記入ください。

高齢者福祉施設 登録調査票									
令和 年 年 月 日現在									
施設名				開設年月日	平成 年 月 日				
ホーム類型	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 健康型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設								
法人種別	<input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他								
設置者 (法人名)				代表者					
施設所在地	〒			入居相談 担当者名					
				TEL					
				FAX					
入居時要件	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> その他()								
入居定員	人	居室数	個室 () 室	2人部屋 () 室	<input type="checkbox"/> その他() 室				
月額利用料	概算 (円～ 円)			<input type="checkbox"/> 介護サービス利用料や医療費・おむつ代等は除く <input type="checkbox"/> 介護費用やおむつ代を含む(医療費は自己負担) <input type="checkbox"/> 介護費用やおむつ代、医療費の一部を含む					
夜間勤務	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上	看護職配置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日勤帯のみ <input type="checkbox"/> 24時間	栄養士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	24時間緊急 連絡体制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
在宅管理可能な 医療行為 (複数回答)	<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・関連施設】									
【事業所の特色】									

※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