

【通所介護（デイサービス）・認知症対応型・重度認知症患者デイケア】（改訂版）

記入日 H 年 月 日

ホームページへの告示が不可の場合チェックしてください / 不可

|             |  |   |  |   |       |   |   |    |
|-------------|--|---|--|---|-------|---|---|----|
| 施設分類        | デイサービス ・ 認知症対応型デイ ・ 重度認知症デイケア  |   |  |   |       |   |   |    |
| ①施設名        |  |   |  |   | ②代表者名 |   |   |    |
| ③住所         |  |   |  |   |       |   |   |    |
| ④TEL        |  |   |  |   | ⑤FAX  |   |   |    |
| ⑥ホームページ     |  |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑦相談窓口       | 部署   |   |  |   | 窓口担当者 |   |   |    |
|             | 窓口対応時間   |   | <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> __曜日・時間帯（    ~    ） |   |       |   |   |    |
| ⑧営業時間       | 月  | 火 | 水  | 木 | 金     | 土 | 日 | 祝日 |
|             |  |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑨訪問・対応地域    | <input type="checkbox"/> 名護 <input type="checkbox"/> 本部町 <input type="checkbox"/> 今帰仁村 <input type="checkbox"/> 大宜味村<br><input type="checkbox"/> 東村 <input type="checkbox"/> 国頭村 <input type="checkbox"/> 上記以外（    ）   |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑩受け入れ可能な対象  | <input type="checkbox"/> 終末期（看取り） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開<br><input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル<br><input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻） <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 小児<br><input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（    ） |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑫土日・祝日対応    | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要相談（    ）  |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑮リハビリ専門職の配置 | <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他（    ）   |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑯外国語対応      | <input type="checkbox"/> 可（    ） <input type="checkbox"/> 不可   |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑰併設・関連機関    |  |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑱事業所アピール    |  |   |  |   |       |   |   |    |
| ⑲特記事項       |  |   |  |   |       |   |   |    |

FAX送付先： **0980-43-6770**（やんばる在宅医療・介護連携支援センター）