

**【小規模多機能型居宅介護・入所施設系サービス】**（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 ○をつけてください	小規模多機能型・グループホーム・特養・老健・介護療養型 有料老人ホーム・サ高住・その他（ ）		
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	□指定なし □__曜日・時間帯（ ～ ）	
⑧入居条件	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑨定員	（ ）名		
⑩居室数	個室（ ）室 / 2人部屋（ ）室 / その他（ ）室		
⑪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 <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 <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 <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"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑫月額利用料	※介護サービス利用料や医療費、おむつ代は除く		
⑬職員配置	看護職	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 日勤帯 <input type="checkbox"/> 24時間
	夜間勤務	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上
	栄養士の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑭24時間緊急連絡体制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
⑮外国語対応	<input type="checkbox"/> 可（ ） <input type="checkbox"/> 不可		
⑯併設・関連機関			
⑰事業所アピール			
⑱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）