

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サイト上の「医療・介護おたすけマップ」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)

居宅介護支援事業所 登録調査票							
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							
相談窓口	担当部署				担当者		
	窓口対応時間： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> _____ 曜日・時間帯 (~)						
訪問・対応地域	<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) 例: 08:30~17:30	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	定休日						
留意事項							
特定事業所加算の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			男性スタッフの有無	<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			外国語対応	<input type="checkbox"/> 可(_____) <input type="checkbox"/> 否		
受け入れ可能な利用者	<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							
特記							

※ご記入いただきました登録調査票は、下記の南部在宅医療介護支援センターへFAX送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-851-8842