

## 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 )

● 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 月 日現在										
施設名						開設年月日	令和 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"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(地域密着型を含む) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院									
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"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 認知症を有する方で徘徊など見守りが必要な方 <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"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 終末期の患者 <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**