

医療・介護資源検索コンテンツ 掲載情報確認・更新票

回答日： 年 月 日

訪問介護事業所用回答シート

事業所名：

管理者名：

窓口担当者名：

事業所情報	当てはまる項目に○をつけてください	対応可能処置等	対応可否
HP	有 ・ 無	喀痰吸引	○ ・ ×
営業時間	時 分～ 時 分	胃ろう	○ ・ ×
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆	ストーマ（便廃棄）	○ ・ ×
	年末年始(～)、その他()	在宅酸素療法	○ ・ ×
夜間対応	有 ・ 無	人工呼吸器	○ ・ ×
男性スタッフ	有 ・ 無	IVH	○ ・ ×
自費サービス	有 ・ 無	留置カテーテル	○ ・ ×
移送サービス	有 ・ 無	ターミナル	○ ・ ×
嚥下食等の調理	有 ・ 無	難病	○ ・ ×
自己PR		障がい	○ ・ ×
自由記載欄		精神疾患	○ ・ ×
訪問対応地域			

（回答先）武雄杵島地区医師会事務局

FAX：0954-23-2216 メール：zaitaku@tk-med.or.jp