

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	<input type="radio"/> ・×
営業時間	時 分～ 時 分	胃ろう	<input type="radio"/> ・×
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆	ストーマ（便廃棄）	<input type="radio"/> ・×
	年末年始(~)、その他()	在宅酸素療法	<input type="radio"/> ・×
夜間対応	有・無	人工呼吸器	<input type="radio"/> ・×
男性スタッフ	有・無	IVH	<input type="radio"/> ・×
自費サービス	有・無	留置カテーテル	<input type="radio"/> ・×
移送サービス	有・無	ターミナル	<input type="radio"/> ・×
嚥下食等の調理	有・無	難病	<input type="radio"/> ・×
自己PR 自由記載欄		障がい	<input type="radio"/> ・×
		精神疾患	<input type="radio"/> ・×
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