

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

通所サービス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	胃ろう	○ ・ ×	
営業時間	時 分～ 時 分	ストーマ（便廃棄）	○ ・ ×	
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆	在宅酸素療法	○ ・ ×	
	年末年始(～)、その他()	気管切開	○ ・ ×	
短時間あり	有 ・ 無	人工呼吸器	○ ・ ×	
大規模型事業所	有 ・ 無	IVH	○ ・ ×	
男性利用者3割以上	有 ・ 無	留置カテーテル	○ ・ ×	
口腔ケア実施	有 ・ 無	血液透析	○ ・ ×	
管理栄養士在籍	有 ・ 無	腹膜透析	○ ・ ×	
看護師在籍	有 ・ 無	たん吸引が必要	○ ・ ×	
リハビリ職在籍	有 ・ 無	インスリン注射	○ ・ ×	
対応可能 患者	認知症	有 ・ 無	ターミナル	○ ・ ×
	精神疾患	有 ・ 無	創傷処置が必要	○ ・ ×
	難病	有 ・ 無		

（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