

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

居住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	○ ・ ×	
短期間受け入れあり		有 ・ 無	人工呼吸器	○ ・ ×
ターミナル		有 ・ 無	IVH	○ ・ ×
施設看取り		有 ・ 無	留置カテーテル	○ ・ ×
特定施設入居者生活介護		有 ・ 無	血液透析	○ ・ ×
地域密着型特定施設		有 ・ 無	腹膜透析	○ ・ ×
介護付き		有 ・ 無	たん吸引が必要	○ ・ ×
看護職員在籍		有 ・ 無	インスリン注射	○ ・ ×
訪問診療受け入れ可		有 ・ 無	創傷処置	○ ・ ×
外部サービス利用可		有 ・ 無		
受入可能 患者	難病	有 ・ 無		
	認知症	有 ・ 無		
	精神疾患	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](mailto:zaitaku@tk-med.or.jp)