

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

施設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	○ ・ ×	
ターミナル		有 ・ 無	人工呼吸器	○ ・ ×
施設看取り		有 ・ 無	IVH	○ ・ ×
地域密着型介護老人福祉施設		有 ・ 無	留置カテーテル	○ ・ ×
受入可能 患者	難病	有 ・ 無	血液透析	○ ・ ×
	認知症	有 ・ 無	腹膜透析	○ ・ ×
	精神疾患	有 ・ 無	たん吸引が必要	○ ・ ×
			インスリン注射	○ ・ ×
			創傷処置	○ ・ ×

（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