

有料老人ホーム 登録調査票

記入日:平成 年 月 日

施設名		開設年月日	平成 年 月 日
住所	浦添市		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
ホームページ	URL		
利用定員	名	居室数	室 (個室: 室含む)
月額利用料	概算(円～ 円)※介護サービス利用料や医療費・おむつ代等は除く ※入居時費用(保証金・敷金等)(円)		
入居時要件	自立・要介護・要支援・生活保護受給者・その他()		
併設・関連機関	医療機関 (機関名:) 訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・通所介護 通所リハビリ・ショートステイ・福祉用具・居宅介護支援事業所 地域密着型サービス (認知デイ・小規模多機能・グループホーム) 介護保険施設 (特養・老健・療養型)・地域包括支援センター その他 ()		
受け入れ条件 (医療行為など) ○受け入れ可 △要相談 ×不可	胃瘻栄養管理	人工透析	中心静脈栄養
	経鼻栄養管理	人工肛門(ストマ管理)	難病の方
	腸瘻栄養管理	気管切開	認知症を有する方で徘徊など見守りが必要な方
	在宅酸素療法	痰吸引	
	人工呼吸器	終末期(看取り)	精神疾患を有する方
施設の特徴及び備考			

【同意確認】

当施設は、上記の基本情報を浦添医師会が運営するホームページ「地域の医療・介護資源リスト」に掲載し、情報公開することに同意します。

同意日:平成 年 月 日

施設名:() 記入者名:()

*この調査票は、浦添市在宅医療・介護連携支援センターうらっしーホームページ内の事業所マップ掲載用の調査票となっており、それ以外の目的で使用することはありませんので、ご協力よろしくお願い致します。

*ご不明な点がございましたら、お気軽に当センターまでご連絡下さい。