事業所情報記入用紙　（居宅介護）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

下記の項目内容の回答を　○（可能・実施中）、△（要相談・条件付き可能）、　×（不可・実施していない）　でご記入ください。自由表記などが必要な場合は、備考欄にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | № | 項目内容 | 回答 （○・△・×） | 備考 |
| エリア | 1 | 岡山市北区（御津・建部地域を除く）へのサービスの提供 |  |  |
| 2 | 岡山市北区（御津・建部地域）への  サービスの提供 |  |  |
| 3 | 岡山市中区へのサービスの提供 |  |  |
| 4 | 岡山市東区へのサービスの提供 |  |  |
| 5 | 岡山市南区へのサービスの提供 |  |  |
| サービス内容 | 6 | 居宅介護（家事援助・身体介護等）  サービスの提供 |  |  |
| 7 | 重度訪問介護サービスの提供 |  |  |
| 8 | 同行援護サービスの提供 |  |  |
| 9 | 行動援護サービスの提供 |  |  |
| 10 | 移動支援サービスの提供 |  |  |

（2枚目に続きます）

事業所名をご記入ください→【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対応・その他 | 11 | 介護保険サービス（訪問介護）の提供 |  |  |
| 12 | 一部医療ケア（※１）への対応 |  |  |
| 13 | 土曜日・日曜日・祝日のサービス提供 |  |  |
| 14 | 早朝（6～8時）のサービス提供 |  |  |
| 15 | 夜間（18～22時）のサービス提供 |  |  |
| 16 | 深夜（22～6時）のサービス提供 |  |  |

**※１　対象となる医療行為　：　○たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）　○経管栄養　（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）**

ご記入ありがとうございました。

事業所情報の掲載について（当協議会HP内）にある　注意点　をご確認の上、下記までメール　または　FAX　をお送りください。

【メールの場合】

ぱる・おかやま（担当：丸橋・徳田）

メールアドレス　　[pal-oka@mx35.tiki.ne.jp](mailto:pal-oka@mx35.tiki.ne.jp)

【FAXの場合】

**↑　FAX送信：０８６－２０１－１７１３　↑**

**（岡山市障害者自立支援協議会／地域活動支援センター　ぱる・おかやま）**