TSUNAGUみと調査票

①訪問系／居宅介護・同行援護・行動援護・重度訪問介護

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話／ FAX | (電話)　　　　　　　　　　　　(FAX) |
| メール |  |
| ホームページ | [ ] あり　　[ ] なし |
| 法人・会社名 |  |
| 利用可能な障害種別 | [ ] 身体障害　　[ ] 知的障害　　[ ] 精神障害　　[ ] 障害児 |
| 提供しているサービス | [ ] 居宅介護　　[ ] 重度訪問介護　　[ ] 同行援護　　[ ] 行動援護[ ] 移動支援事業 |
| 車両での移送介助 | [ ] 提供不可　　[ ] 提供可：車いす対応車両あり[ ] 提供可：車いす対応車両なし |
| 医療的ケア | [ ] 対応不可　[ ] 喀痰吸引対応　可：1号研修修了者在籍あり[ ] （特定の）喀痰吸引対応　可：3号研修修了者在籍あり[ ] 経管栄養対応　可：1号・2号研修修了者在籍あり[ ] （特定の）経管栄養対応　可：3号研修修了者在籍あり[ ] 看護師在籍　 |
| 自費でのヘルパー派遣 | [ ] あり　　[ ] なし「あり」の場合の費用：　　　　　　　　　　 |
| サービスの提供範囲 |  |

２枚目に続きます　☞

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （例）（月）～（土）　（日）は要相談 |
|  |
| 営業時間 | （例）8:00～20:00　その他の時間帯は応相談 |
|  |
| 利用相談受付時間 | （例）9:00～17:00 |  |
| 事業所の特徴・紹介など（130字以内） |  |

以上