TSUNAGUみと調査票

③生活介護

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話／FAX | (電話)　　　　　　　　　　　　(FAX) | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | |
| ホームページ | あり　　　なし | | | | | | |
| 法人・会社名 |  | | | | | | |
| 主たる対象の障害種別 | 身体障害　　知的障害  精神障害 | | | | 定員 | | 名 |
| 営業日 | （例）（月）～（金）　ただし祝祭日および当事業所指定の日を除く | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 活動時間 | （例）９:００～１５:００ | |  | | | | |
| 利用相談受付時間 | （例）８:３０～１７:３０ | |  | | | | |
| 医療的ケア | 対応不可　　　　　　　　　看護師対応  喀痰吸引（支援員対応）　　経管栄養（支援員対応） | | | | | | |
| 送迎 | あり  なし | 送迎の範囲 | |  | | | |
| 食事（昼食代） | 1食あたりの総額表示 | | | | | １食　　　　　　　　円 | |
| 食事提供体制加算対象者の場合 | | | | | １食　　　　　　　　円 | |
| その他必要な費用 |  | | | | | | |
| 入浴設備 | なし　　シャワー浴のみ　　一般浴室  リフト等（車いす対応）　　特殊浴槽 | | | | | | |
| トイレ設備 | 和式　洋式　手すり　車いす対応　オストメイト対応 | | | | | | |

２枚目に続きます　☞

|  |  |
| --- | --- |
| その他のサービス | 共生型サービス　　日中一時支援　　体験実習 |
| 提供している作業等  （100字以内） |  |
| 事業所の紹介  （130字以内） |  |

以上