

1. 訪問看護

基本情報項目(案)

		記入年月日	平成	年	月	日
記入者名 部署・役職	記入者名		部署・役職			

【事業所の概要】

事業所名			管理者の役職・氏名			
事業所の所在地	〒					
交通の方法						
電話番号・FAX番号	電話番号			FAX番号		
ホームページアドレス	あり・なし → http://www					
事業所番号						
事業所に併設している医療・介護サービス						
事業所が他に手がけている介護サービス						
事業所の開設年月	西暦 年 月					
営業時間	月～金曜	: ~ :	土曜	: ~ :	日曜・祝日	: ~ :
営業時間外の対応 (急な病状変化など緊急時の対応)	営業時間外でもいつでも電話で相談できる体制がある※ (24時間の緊急時連絡体制の確保)				ある	ない
	急な病状変化があった時に営業時間外でもいつでも訪問する体制がある※ (24時間の緊急時訪問体制の確保)				ある	ない
通常の事業実施地域						
介護保険制度の一部負担以外の料金体系						

※営業時間外の対応については、利用者と訪問看護事業者が「緊急時訪問看護加算」に関する契約を交わすことが前提となります。

<p>キャンセル料の有無及び計算方法</p>							
<p>サービス提供実績</p>	過去1ヶ月間の実績 (平成 年 月)						
	利用者数	男性	名	女性	名	合計	名
	年齢別	10歳未満	名	50歳代	名		
		10歳代	名	60歳代	名		
		20歳代	名	70歳代	名		
		30歳代	名	80歳代	名		
		40歳代	名	90歳代以上	名		
延べ訪問回数	回						
指示書を受けている医療機関数および医師数	医療機関数	機関	医師数	人			
自由記載欄							

職種別職員構成 (平成 年 月 現在)		常勤	非常勤	常勤換算後の職員数
	1.看護師	人	人	人
	2.保健師	人	人	人
	3.助産師	人	人	人
	4.准看護師	人	人	人
	5.作業療法士	人	人	人
	6.理学療法士	人	人	人
	7.その他()	人	人	人
	8.その他()	人	人	人
	9.その他()	人	人	人
合計	人	人	人	
特別な医療処置等 を 必要とする利用者 の受け入れ	経管栄養法 (胃ろうを含む)	可 否	人工肛門 (ストマ)	可 否
	中心静脈栄養法 (IVH)	可 否	人工膀胱	可 否
	点滴・静脈注射	可 否	気管カニューレ	可 否
	膀胱留置カテーテル	可 否	吸引	可 否
	腎ろう、膀胱ろう	可 否	麻薬を使った疼痛管理	可 否
	在宅酸素療法 (HOT)	可 否	その他()	可 否
	人工呼吸療法 (レスピレータ、 ベンチレータ)	可 否	その他()	可 否
	在宅自己腹膜灌流 (CAPD)	可 否	その他()	可 否
在宅での看取り(ターミナルケア)への 対応	可 否			
損害賠償保険加入 の有無及び内容	<p style="text-align: center;">1 事故あたりの補償上限金額</p> 加入なし ・ <u>加入あり</u> → 対人 (利用者) _____ 万円 対物 (利用者の財産) _____ 万円			

苦情・相談対応窓口 と対応時間	事業所または法人の 苦情・相談対応窓口	名称・部署名； 電話番号； FAX番号； 受付時間；(: ~ :)
		名称・部署名； 電話番号； FAX番号； 受付時間；(: ~ :)
	外部の苦情・相談 対応窓口	名称・部署名； 電話番号； FAX番号； 受付時間；(: ~ :)
		名称・部署名； 電話番号； FAX番号； 受付時間；(: ~ :)
事業の目的及び 運営の方針		
事業所の 特色・アピール等 自由記入 (400字以内)		

○ 自由記入欄には以下のような点も併せて記載ください。

・ 特殊技能のある職員がいればその人数

例) 専門看護師、認定看護師、外国語対応可能(言語別)、手話対応可能、ガイドヘルパー等

【法人の概要】

運営主体の法人名		法人の種類	
代表者氏名		運営主体の開設年月	西暦 年 月
運営主体の所在地	〒		
運営主体の 代表電話番号・ FAX番号・ ホームページアドレス	電話番号	FAX 番号	
	ホームページアドレス あり・なし → http://www		
運営主体が他に提供している介護サービス（関連法人による実施も含めて記入、サービス提供機関名・種別・所在地）			