**在宅医療・介護連携推進に関する情報提供書＜送信先　FAX；572-6672　表紙不要＞**

**◆対象：居宅介護支援事業所**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入年月日** | **年　　　　月　　　　日** |
| **記入者所属名** |  |
| **氏　　　名** |  |

**Ⅰ基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | | | | |
| **所在地** |  | | | | |
| **連絡先** | **℡** |  | **fax** | |  |
| **e-mail** |  |  | | |
| **ホームページ** |  | | | | |
| **営業日、営業時間** |  | | | | |
| **従事者数について** | 主任介護支援専門員 | | **人** | 男性　　　　人　　　　　女性　　　人 | |
| 介護支援専門員 | | **人** |
| **併設関連機関** | **□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護**  **□訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション**  **□訪問リハビリテーション　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護**  **□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設**  **□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□関連機関の併設はない** | | | | |

**Ⅱサービス内容項目**

**1　特定事業所加算はとっていますか　（とっている場合は該当に〇をつけてください）**

□とっている　【Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　】　　　　　　　　　　□とっていない

**2　訪問エリアを教えてください**

**〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕**

**3　２４時間体制・連絡方法について記載してください**

□２４時間電話対応あり　（連絡方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□２４時間電話対応なし

**4　介護予防の委託はありますか。**

□受けている　　　　　　　　　　□受けていない

**Ⅲ　医療・介護関係者に知っておいてほしい事業所の特徴・PRなど教えてください。**

|  |
| --- |
| **（基本職種、得意分野や今後の取り組みなど具体的に記入してください）** |

**Ⅳ当センターホームページ（在宅医療・介護連携事業所一覧）において上記以外の情報の掲載について**

□同意する　　　　　　　　　□同意しない

※出来るだけ最新情報の掲載を行っていきたいと思いますので情報に変更がありましたら、福島市在宅医療・介護連携支援センター迄メールまたはFAXにてご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。尚、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。