**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；訪問看護ステーション**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入年月日** | **年　　　月　　　　日** |
| **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、時間 |  |

●従業者数について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 保健師 | 看護師 | 准看護師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
| 人数 |  |  |  |  |  |  |

●併設、関連事業所をお答えください。

|  |
| --- |
| **□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事業所サービス内容

1　緊急時訪問看護加算について　　　　　□とっている　　　　□　とっていない

**2　24時間対応体制加算について**　　　□とっている　　　　□　とっていない

3　医療処置、受け入れ状況

□経管栄養法（胃ろう含む）　□在宅中心静脈栄養法（TPN）　□点滴・静脈注射　□膀胱留置カテーテル

□腎ろう、膀胱ろう　□在宅酸素療法　□人工呼吸器（レスピレーター　ベンチレーター）　□在宅自己腹膜還流（CAPD）

□人工肛門（ストマ）　□人工膀胱　　□気管カニュ－レ　□痰吸引

□麻薬を用いた疼痛管理（PCAポンプ、カンガルーポンプ、カフティポンプ）　□声門閉鎖管理

4　訪問対象地域

　□福島市全域　　　　　　　　　　□福島市外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5　受け入れ医療項目

□小児　　　　　　　　　　□精神疾患　　　　　　　　□終末期（ターミナル）　　　　　　　　　□難病

Ⅲ　医療・介護関係者に知っておいてほしいステーションの特徴・PRなど教えてください

|  |
| --- |
| （例）新規依頼があったときにすぐ対応できる。小児の受け入れ積極的に行っている。など具体的に記入してください。貴事業所の案内チラシを添付して頂いても構いません。 |

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。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までメールまたはFAXにて返信お願いします。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。