

1 ホームページ「ケアネットせとうち」掲載用

<基本情報>

記入日 令和 年 月 日

事業所名		
所在地	〒 -	
記入者 (氏名・職種)	フリガナ / 職種	
TEL	() -	
FAX	() -	
e-mail	@	
ホームページの有無	あり・なし	リンク先 但し、営利の内容が含まれている場合、リンク先は掲載出来ませんので ご了承ください。
サービス内容について	営業時間	
	休日	
メッセージについて(100字まで)		

(裏面あり)

2 専用サイト(介護・医療・福祉専門職) 掲載用

<基本情報以外の内容>

記入日 令和 年 月 日

サービス提供エリア	瀬戸内市全域・市内一部()・岡山市東区・備前市・赤磐市	
多職種連携の窓口	担当者	
実施事項	対応可能○、要相談△、不可能×	備考
経鼻栄養の方	○・△・×	
胃瘻の方	○・△・×	
TPNの方(中心静脈栄養法)	○・△・×	
ストーマの方	○・△・×	
留置カテーテルの方	○・△・×	
在宅酸素療法の方	○・△・×	
透析の方	○・△・×	
インスリン注射が必要な方	○・△・×	
人工呼吸器の方	○・△・×	
気管切開患者の方	○・△・×	
たんの吸引の必要な方	○・△・×	
終末期の方	○・△・×	
感染症の方	○・△・×	
創傷処置が必要な方	○・△・×	
認知症の方	○・△・×	
精神疾患の方	○・△・×	

<連携の窓口について>

担当者名		
スタッフの人数・構成	名	医師 名
		理学療法士 名
		作業療法士 名
		言語聴覚士 名
		その他 名()

※その他の職員については、()内に具体的な職種及び人数を記入してください。

メッセージについて(100字まで)