

ホームページ「ケアネットせとうち」掲載内容について
 ≪新規登録届出書≫
 1 一般サイト 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	
	定員	名
サービス提供エリア	瀬戸内市全域・その他(
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

予約	日前から受付可能 随時 ()	
相談可能な時間帯	: ~ :	
時間延長とその詳細	延長の有無 (有・無)	具体例があればご記入ください
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	名
	医師	名
	看護師・准看護師	名
	理学療法士	名
	作業療法士	名
	言語聴覚士	名
	介護職員	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)