



### 3. 相談可能な時間帯

相談可能な時間帯を記入してください。  
 「緊急の場合は応相談」など、伝えたいことがあれば備考欄に記入してください。  
 複数の事業を行う事業所で、事業ごとに相談可能な時間帯が異なる場合は、備考欄に記入してください(例:【放課後等デイサービス】15:00～18:00)。

相談可能な時間帯	: ~ :
備考	

### 4. 多職種連携の窓口

関係機関などから事業所あての問い合わせや相談を行う際の窓口担当者の氏名・フリガナをフルネームで記入してください。  
 複数の事業を行う事業所で、事業ごとに担当者が異なる場合は、事業ごとに記入してください。  
 (例:【生活介護】瀬戸内 太郎(セトウチ タロウ))

--

### 5. スタッフの人数・構成

事業ごとにスタッフの構成を記入してください。  
 複数の事業を行う事業所は、事業ごとに記入してください。  
 (例:【計画相談支援】相談支援専門員2名、事務1名)

--

### 6. 事業所の特色

多職種連携を行う上で、伝えたい事業所の特色について記入してください(100字まで)。

--

### 7. お願い

多職種連携を行う上で、他の事業所をお願いしたいことがあれば記入してください(100字まで)。

--

## 個別記入項目(事業ごとに掲載項目が異なります。該当する項目に記入してください。)

### 1. 定員

実施している事業について、定員を記入してください。空床型の短期入所や曜日によって定員が異なる場合など、記入欄で記載できない内容については備考欄に記入してください。

共同生活援助	男性	名	女性	名
短期入所	男性	名	女性	名
就労継続支援(A型)	名	備考		
就労継続支援(B型)	名			
生活介護	名			
児童発達支援	名			
放課後等デイサービス	名			
日中一時支援事業	名			
地域活動支援センター	名			

## 2. 予約の有無

予約について、( )日前から受付可能・随時いずれかにチェックしてください。受付開始時期が決まっている場合はカッコ内に数字を入れてください。問い合わせの要不要など、伝えたいことがあれば備考欄に記入してください。

短期入所 移動支援事業	<input type="checkbox"/> ( )日前から受付可能	<input type="checkbox"/> 随時	備考
----------------	--------------------------------------	-----------------------------	----

## 3. 時間延長の有無

対応可能○・要相談△・対応不可×のいずれかにチェックしてください。具体的に伝えたいことがある場合や、複数の事業を行う事業所で、事業ごとに対応が異なる場合などは、備考欄に記入してください(例:生活介護は18時まで対応可能)。

生活介護	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	備考
日中一時支援事業	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	
地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	

## 4. 緊急時の対応

対応可能○・要相談△・対応不可×のいずれかにチェックしてください。具体的に伝えたいことがある場合や、複数の事業を行う事業所で、事業ごとに対応が異なる場合などは備考欄に記入してください。

計画相談支援 障害児相談支援 地域移行支援 地域定着支援 相談支援事業	24時間連絡	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	備考
	24時間訪問	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	
	営業日以外の対応	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	
	勤務時間外・休業日の訪問	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	

## 5. スタッフのいる時間帯

スタッフのいる時間帯を記入してください(常駐の場合は0:00～24:00としてください)。スタッフ不在の時間帯がある場合には、スタッフ不在の時間帯の対応について記入してください。

共同生活 援助	スタッフのいる時間帯	:	～	:
	スタッフ不在の 時間帯が ある場合の対応			

## 6. 対象者の年齢

受け入れ可能な利用者の年齢について記入してください。

短期入所 日中一時支援事業	
------------------	--

### 7. 対応可能な方

対応可能○・要相談△・対応不可×のいずれかにチェックし、伝えたいことがあれば右に記入してください。  
 複数の事業を行う事業所で、事業ごとに対応が異なる場合などは備考欄に記入してください。

居宅介護 重度訪問介護 同行援護 共同生活援助 短期入所 就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型) 生活介護 児童発達支援 放課後等デイサービス 移動支援事業 日中一時支援事業 地域活動支援センター	経鼻栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	胃瘻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TPN(中心静脈栄養法)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ストーマ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	留置カテーテル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	在宅酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	インスリン注射が必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	気管切開患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	たんの吸引の必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	創傷処置が必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考					

### 8. 同性支援

対応可能○・要相談△・対応不可×のいずれかにチェックし、伝えたいことがあれば右に記入してください。  
 複数の事業を行う事業所で、事業ごとに対応が異なる場合などは備考欄に記入してください。

居宅介護 重度訪問介護 同行援護 移動支援事業	男性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考					

### 9. サービス提供エリア

瀬戸内市全域・瀬戸内市の一部についてはいずれかにチェック、瀬戸内市外もサービス提供エリアとしている場合は瀬戸内市外にもチェックし、瀬戸内市の一部・瀬戸内市外については右に具体的な地域などを記入してください。  
 複数の事業を行う事業所で、事業ごとに対応が異なる場合などは備考欄に記入してください。

計画相談支援 障害児相談支援 地域移行支援 地域定着支援 居宅介護 重度訪問介護 同行援護 就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型) 生活介護 児童発達支援 放課後等デイサービス 移動支援事業 日中一時支援事業	<input type="checkbox"/> 瀬戸内市全域	
	<input type="checkbox"/> 瀬戸内市の一部	具体的な地域など:
	<input type="checkbox"/> 瀬戸内市外	具体的な地域など:
	備考	

### 10. 送迎の有無

有・無いずれかにチェックしてください。  
 送迎可能なエリアなど、伝えたいことがあれば右に記入してください。

日中一時支援事業	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
----------	----------------------------	----------------------------	--