大崎市在宅医療・介護連携推進事業

大崎市医療・介護資源マップ変更申請書（介護事業所用）

記　入　日　　平成　　年　　月　　日

事業所名

記入者名

　大崎市のホームページにある「おおさきわが街ガイド」に追加された「大崎市医療・介護資源マップ」にて変更箇所がある場合には，**変更箇所のナンバーを〇で囲い**，変更内容のみを記入の上，**社会福祉課 （ＦＡＸ ２２－９０４７ または，メールshafuku@city.osaki.miyagi.jp）**まで送信お願いします。

１基本情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 項　　　目 | 変 更 内 容 |
| １ | 事業所名 |  |
| ２ | サービス種類 |  |
| ３ | 郵便番号・所在地 | 〒 |
| ４ | 電話番号・FAX番号 | ☎FAX |
| ５ | 営業時間 |  |
| ６ | 定休日 |  |
| ７ | ホームページ | 無・有（ ） |
| ８ | メールアドレス | 無・有（ ） |
| ９ | ２４時間対応 |  |
| １０ | 責任者名 |  |
| １１ | 担当者氏名 |  |
| １２ | ケース会議の参加可能な時間帯 |  |
| １３ | 主な対応地域 | 古川・松山・三本木・鹿島台・岩出山・鳴子・田尻 |

２．介護事業所において対応可能な利用者（当てはまる項目に○をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 回　答 | NO | 項　　目 | 回　答 |
| １ | 気管切開管理 |  | ７ | 中心静脈管理 |  |
| ２ | 人工呼吸管理 |  | ８ | 褥瘡処置 |  |
| ３ | 在宅酸素療法 |  | ９ | ストーマ管理 |  |
| ４ | 留置カテーテル |  | １０ | 在宅での看取り |  |
| ５ | 経管栄養管理 |  | １１ | たん吸引 |  |
| ６ | インスリン注射 |  |  |  |  |

３．アピールポイント

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |