

| | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------|-------|---|
| 事業所名 | デイサービスのどか | | | 管理者名 | 遠藤 真保子 | | |
| 所在地 | 〒 | 708-1123 | 津山市下高倉西544-1 | | | | |
| TEL | 0868-29-7705 | | | FAX | 0868-29-7705 | | |
| E-mail | | | | ホームページ | | | |
| 営業日及び営業時間 | | | | | | | |
| 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 | 8:00～ | 8:00～ | 8:00～ | 8:00～ | 8:00～ | 8:00～ | — |
| 午後 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | — |
| 休日 | 1月1日～1月3日・8月14日～15日 | | | 定員 | (10) 名 | | |
| 相談窓口について | | | | | | | |
| 担当者 | 遠藤 真保子 | | | TEL | 0868-29-7705 | | |
| FAX | 0868-29-7705 | | | E-mail | | | |
| 看護師の配置(該当するものに○を記入してください。) | | | | サービス提供エリア | | | |
| ○ | 常時いる | | | 津山市・苫田郡・勝田郡・久米郡・英田郡 | | | |
| | 常時ではないがいる | 曜日 (月に2回程度) | | | | | |
| | | 時間 (13:00～14:30) | | | | | |
| | いない | | | | | | |
| 時間延長サービス | | | () | あり | (○) | なし | |
| 栄養ケアマネジメント体制 | | | () | あり | (○) | なし | |
| 入浴介助サービス | | | (○) | あり | () | なし | |
| 若年性認知症ケアサービス | | | () | あり | (○) | なし | |
| 口腔機能向上サービス | | | () | あり | (○) | なし | |
| 個別機能訓練サービス | | | () | あり | (○) | なし | |
| 食事代 | | | 1食あたり | (500) | 円 | | |
| 要相談○、不可能×のいずれかをご記入してください。 | | | | | | | |
| × | 経鼻栄養の方 | | | × | 人工呼吸器装着の方 | | |
| × | 胃ろう・腸ろうの方 | | | × | 気管切開をしている方 | | |
| × | TPNの方 | | | × | たんの吸引の必要な方 | | |
| × | ストーマの方 | | | × | 創傷処置が必要な方 | | |
| × | 留置カテーテルをしている方 | | | × | ターミナル期の方 | | |
| × | 人工透析をしている方 | | | ○ | 若年性認知症の方 | | |
| × | 自己注射が必要な方 | | | ○ | 精神疾患の方 | | |
| × | 在宅酸素療法の方 | | | | | | |
| 事業所のPR等、お書きください。 | | | | | | | |