

|   |                          |            |             |           |                                      |       |    |
|---|--------------------------|------------|-------------|-----------|--------------------------------------|-------|----|
| 事業所名  | デイサービス晴れる家               |            |             | 管理者名      | 藤本 光世                                |       |    |
| 所在地   | 〒                        | 708-0856   | 津山市西吉田435-2 |           |                                      |       |    |
| TEL   | 0868-35-3537             |            |             | FAX       | 0868-35-3547                         |       |    |
| E-mail  | hareruya@alpha.ocn.ne.jp |            |             | ホームページ    | http://hp.kaipoke.biz/8am/index.html |       |    |
| 営業日及び営業時間   |                          |            |             |           |                                      |       |    |
| 曜日  | 月                        | 火          | 水           | 木         | 金                                    | 土     | 日  |
| 午前  | 9:00～                    | 9:00～      | 9:00～       | 9:00～     | 9:00～                                | 9:00～ | 休み |
| 午後  | 16:30                    | 16:30      | 16:30       | 16:30     | 16:30                                | 16:30 | 休み |
| 休日  | 日曜日・祝日・お盆・年末年始           |            |             | 定員        | ( 10 ) 名                             |       |    |
| 相談窓口について  |                          |            |             |           |                                      |       |    |
| 担当者   | 藤本 光世                    |            |             | TEL       | 0868-35-3537                         |       |    |
| FAX   | 0868-35-3547             |            |             | E-mail    | hareruya@alpha.ocn.ne.jp             |       |    |
| 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       |                                      |       |    |
|   | 常時ではないがいる                | 曜日 ( 不定期 ) |             |           |                                      |       |    |
|   |                          | 時間 ( 午前 )  |             |           |                                      |       |    |
|   | 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                    |            | ( 530 )     | 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                 |            |             |           |                                      |       |    |
| <p>事業所のPR等、お書きください。</p> <p>利用日が楽しみで待ち遠しい、そんな言葉をいただいています。笑顔輝く「晴れる家」となるよう頑張ります。</p> |                          |            |             |           |                                      |       |    |