

|  |                            |          |               |           |              |       |   |
|--|----------------------------|----------|---------------|-----------|--------------|-------|---|
| 事業所名   | ももデイサービスセンター               |          |               | 管理者名      | 村松 孟         |       |   |
| 所在地  | 〒                          | 708-1125 | 津山市高野本郷1257-9 |           |              |       |   |
| TEL  | 0868-35-2263               |          |               | FAX       | 0868-35-2771 |       |   |
| E-mail   | qq558nzd@lagoon.ocn.ne.jp  |          |               | 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   | 8:30～                      | 8:30～    | 8:30～         | 8:30～     | 8:30～        | 8:30～ |   |
| 午後   | 17:30                      | 17:30    | 17:30         | 17:30     | 17:30        | 17:30 |   |
| 休日   | 12月30日～1月3日                |          |               | 定員        | ( 30 ) 名     |       |   |
| 相談窓口について   |                            |          |               |           |              |       |   |
| 担当者  | 村松 孟                       |          |               | TEL       | 0868-35-2263 |       |   |
| FAX  | 0868-35-2771               |          |               | 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・勝央町   |              |       |   |
|  | 常時ではないがいる 曜日 ( )<br>時間 ( ) |          |               |           |              |       |   |
|  | 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                      |          |               | ( 700 )   | 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>ご利用者の今に寄り添う、アットホームな雰囲気大切にしている施設です。腰、腕、足のトレーニングマシンを備えています。</p> |                            |          |               |           |              |       |   |