

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

(令和5年6月1日現在)

該当するものに○

|           |               |   |              |                  |                  |
|-----------|---------------|---|--------------|------------------|------------------|
| 施設の種別     | 1.            | 養護老人ホーム(定員111名以上のもの)  |              |                  |                  |
|           | ○ 2.          | 特別養護老人ホーム   |              |                  |                  |
|           | 3.            | 指定短期入所生活介護事業所(指定介護予防短期入所生活介護事業所を含む。<br>(特別養護老人ホームと併設されている事業所を除く)) |              |                  |                  |
|           | 4.            | 盲導犬訓練施設(病院若しくは診療所と併設されているもの)                                      |              |                  |                  |
|           | 5.            | 救護施設(病院若しくは診療所と併設されているもの又は定員111名以上のもの)                            |              |                  |                  |
|           | 6.            | 乳児院(病院若しくは診療所と併設されているもの又は定員100名以上のもの)                             |              |                  |                  |
|           | 7.            | 児童心理治療施設  |              |                  |                  |
|           | 8.            | 指定障害者支援施設(生活介護を行う事業所に限る。)   |              |                  |                  |
|           | 9.            | 療養介護事業所   |              |                  |                  |
| 施設の名称     |               | ○○○荘  |              |                  |                  |
| 施設の状況     | 所在地           | 〒 000-0000 愛知県○○市○○○  |              |                  |                  |
|           | 開設(経営)主体      | 社会福祉法人○○○   |              |                  |                  |
|           | 開設者名(代表者)     | 社会福祉法人○○○   | 代表者氏名        | 理事長○○○○          |                  |
|           | 定員            | 50  | 名            |                  |                  |
|           | 併設医療機関の状況     | 有 無   | 有 ・ 無        | 無                | 有、無どちらかを選択       |
|           |               | 名称  |              |                  |                  |
|           |               | 所在地   |              |                  |                  |
| 開設(経営)主体  |               |   |              |                  |                  |
| 開設者名(代表者) |               |   |              |                  |                  |
| 医師の状況     | 医師氏名          | ○○ ○○   |              |                  |                  |
|           | 常勤の有無         | 有 ・ 無   | 有            | 有、無どちらかを選択       |                  |
|           | 専門の診療科        | 内科、耳鼻科、皮膚科  |              |                  |                  |
|           | 勤務形態          | 一月あたり   | 12           | 日/月 勤務形態を選択して下さい |                  |
|           |               | 毎週/隔週/随時  | 毎週           | 3                | 日/週・隔週 週・隔週ごとの日数 |
|           |               | 勤務時間  | 9:30 ~ 10:30 | 月                | ←(曜日等)           |
|           | 15:00 ~ 16:00 |   | 水土           |                  |                  |
|           | 配置契約の有無       | 有 ・ 無   | 有            | 有、無どちらかを選択       |                  |
| 契約期間      | 令和4年4月1日      | ~   | 令和5年3月31日    |                  |                  |
| 所属医療機関の状況 | 名称            | ○○○病院   |              |                  |                  |
|           | 所在地           | 愛知県○○市○○○   |              |                  |                  |

(問い合わせ先)

|         |   |    |       |      |            |
|---------|---|----|-------|------|------------|
| 所属      | ○○課                                     | 氏名 | ○○ ○○ | 電話番号 | ○○-○○-○○○○ |
| メールアドレス | ○○○○○.jp (個人のアドレスではなく、所属等のアドレスを記入して下さい) |    |       |      |            |