

[記入日: 年 月 日現在]

[ブロック名: 会員番号:]

※会員番号は空欄で結構です

2019年度 会員票 ① (新規入会)

以下の設問に対し、必要事項を記入、または当てはまる項目を塗りつぶして下さい (□→■)。

下記太枠内は必ずご記入ください。㊟は、ホームページの訪問看護ステーションマップに掲載項目になります。

㊟開設主体		事業所 開設年月日	西暦 年 月 日
㊟事業所名称		介護保険 事業者番号	
メールアドレス (□事業所・□管理者)		ふりがな 管理者名	
※メールで最新情報を送ります		会費振込日 (2万5千円)	月 日 <input type="checkbox"/> 振込済 <input type="checkbox"/> 予定

【㊟事業所状況】 ホームページのステーション一覧の掲載項目になりますので、内容を正確にご記入ください。

事業所所在地	〒						
連絡先	電話番号:			FAX 番号:			
併設事業 (□なし・□あり)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業、 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護、 <input type="checkbox"/> 療養通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、 <input type="checkbox"/> 訪問入浴、 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ、 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル、 <input type="checkbox"/> 病院・診療所、 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設、 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム、 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅、 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター、 <input type="checkbox"/> その他 ()						
営業日・営業時間	平日	時 分～ 時 分	日 曜 祝 日	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	時 分	時 分・□なし
	土曜日	時 分～ 時 分	備考	時 分・□なし			
対応可能な看護ケア ◎=可能(特化) ○=可能 △=要相談 ×=不可	精神科 訪問看護	小児 訪問看護	がん緩和 ケア	リハビリ対応			24時間対応 体制
				PT	OT	ST	
機能強化型訪問看護 管理療養費の届出	□なし ・ □あり・・・□1 ・ □2 ・ □3						
専門看護師(※)・ 認定看護師の配置	□専門看護師・在宅()人、慢性疾患()人、精神()人、老人()人、その他: ()人 □認定看護師・訪問看護()人、緩和ケア()人、皮膚排泄ケア()人、精神科()人、その他: ()人						
ひとことアピール (72文字以内)							

※ 専門看護師とは、日本看護協会が13専門分野ごとに認定した専門看護師のことです。

事業所名称	
-------	--

【事業所詳細情報】 (※協議会の事業運営、予算要求、政策提言等の参考にしますので、ご協力をお願いします)

1. 職員体制 (※ 常勤換算の計算シートはインターネット上にありますので、計算した数字をご記入ください。)

職種 雇用形態	看護 職員	理学 療法士	作業 療法士	言語 聴覚士
常勤 (人)				
非常勤 (人)				
常勤換算				

以下は、該当する数字を右の欄にご記入ください。

2. 定期巡回・随時対応サービス 一体型

- 1) 実施している 2) 実施予定 (2019年中) 3) 検討中 4) 予定なし

2	
3	
4	

3. 定期巡回・随時対応サービス 連携型

- 1) 実施している 2) 実施予定 (2019年中) 3) 検討中 4) 予定なし

4. 看護小規模多機能型居宅介護

- 1) 実施している 2) 実施予定 3) 検討中 4) 予定なし

5. 2019年度 新卒看護師の採用について

(※ 新卒: 3月に学校を卒業して初めて就職する看護師)

- 1) 採用なし 2) 採用した (人)
3) 採用予定 (人)

5		2) 選択	人	3) 選択	人
---	--	----------	---	----------	---

6. 人員確保の方法

- 1) 兵庫県ナースセンター 2) ハローワーク
3) 有料職業紹介所 4) 知人からの紹介
5) 法人内異動 6) 求人広告 7) ホームページ 8) その他 ()

6		8) 選択	
---	--	----------	--

7. 職員の充足感

- 1) 充足している 2) 一時的に不足している
3) 慢性的に不足している 4) その他 ()

7		4) 選択	
---	--	----------	--

8. 新任訪問看護師へのOJT実施 (※ 新任: 看護師経験はあるが、新しく訪問看護に就職する看護師)

- 1) 十分できている 2) やや不十分 3) 不十分

8	
9	

9. 本会作成の訪問看護OJTマニュアル(新任訪問看護師)の活用

- 1) している 2) していない

10. 事業所内のOJTマニュアルの整備

- 1) 十分できている 2) やや不十分
3) 不十分 4) その他 ()

10		4) 選択	
----	--	----------	--

11. 2019年度実習生受け入れ予定

- 1) なし 2) あり

11	
----	--

12. 本会へのご要望・ご意見をお聞かせください。

12	
----	--

ご協力ありがとうございました。会員票①および②の送付と会費の振込をもって手続きの完了となります。