

No.1…[記入日：平成28年 月 日現在]

(ブロッカー会員番号： ー)

平成28年度 会員票 (□継続・□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に☑をして下さい。
変更の場合は二重線で取り消し、余白に訂正をお願いします。

事業所状況 (※は、ホームページの訪問看護ステーションマップに掲載しますので、正確にご記入下さい)

※開設主体			開設年月日					
※事業所名称			管理者名					
※事業所所在地	〒							
※連絡先	電話番号：		介護保険 事業者番号					
	FAX 番号：							
	E-mail： (当会からメールで最新情報を送りますので、E-mail アドレスを必ずご記入ください。)							
	ホームページアドレス：							
※併設事業	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業・ <input type="checkbox"/> 療養通所介護・ <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護・ <input type="checkbox"/> 訪問介護・ <input type="checkbox"/> 通所介護・ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ・ <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・ <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム・ <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"/> 有料老人ホーム・ <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅・ <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・ <input type="checkbox"/> 無 時 分～ 時 分・ <input type="checkbox"/> 無			
	土曜日	時 分～ 時 分・ <input type="checkbox"/> 無		備考				
※対応可能な看護ケア ○=対応可能 △=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 (注1)	24時間連絡 体制 (注2)
				PT	OT	ST		
※機能強化型訪問看護 管理療養費の届出	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2) ・ <input type="checkbox"/> 無							
※専門看護師・ 認定看護師の配置	専門看護師： 人(分野：)		認定看護師： 人(分野：)					
※ひとことアピール (72文字以内)								

注1 24時間対応体制とは：「利用者または家族等からの電話等に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合」

注2 24時間連絡体制とは：「電話等により常時対応できる体制にある場合」

No.2…平成28年度 会員票

(ブロッカー会員番号: —)

事業所名	
------	--

事業所詳細情報 (※連絡協議会事業運営、予算要求、政策提言等の参考にしますので、ご協力をお願い致します)

職員体制	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	看護補助者	事務職員	その他 ()	総数
	常勤 (人)								
	非常勤 (人)								
	常勤換算								
他団体への 入会状況		兵庫県看護協会			□入会 (入会者:)人・□未入会				
		日本訪問看護財団			□入会・□未入会		全国訪問看護事業協会		□入会・□未入会
ブロック活動への 参加状況		管理者会 : □ほぼ参加している・□半分位の頻度で参加・□殆ど参加していない ブロック主催研修 : □ほぼ参加している・□半分位の頻度で参加・□殆ど参加していない							
		ブロック活動に関するご意見 があれば、お書き下さい							
地域密着型サー ビスの実施状況		定期巡回・随時対応サービス			□実施している(□一体型・□連携型)・□実施予定・□検討中・□予定なし				
		看護小規模多機能型居宅介護			□実施している・□実施予定・□検討中・□予定なし				
新卒看護師の 採用について		□平成27年度採用した()人・□平成28年度採用予定()人・□採用予定なし □今後採用したい・□採用は困難・□その他()							
人員確保について		平成27年度中の採用人数			()人、職種()				
		人材確保の方法			□兵庫県ナースセンター・□ハローワーク・□有料職業紹介所 □知人からの紹介・□法人内移動・□その他()				
		職員の充足感			□充足している・□一時的に不足する・□慢性的に不足している □その他()				
人材育成について		新任訪問看護			OJT 実施状況 : □十分できている・□やや不十分・□できていない				
		師OJT実施状況			OJT マニュアル整備状況: □十分できている・□やや不十分・□できていない				
		事業所全体の教育体制: □充実している・□やや不十分・□不十分・□その他()							
ICT (モバイル端 末) の使用状況		現在: □使用している・□使用していない 今後: □使用する予定・□使用する予定なし・□その他()							
		たん吸引等指導看 護師の配置状況等		介護職員等によるたん吸引等研修事業の指導者講習会を修了した指導看護師数 : ()人					
実習受け入れ状況 (平成27年度中)		□看護大学・看護専門学校			: ()校 のべ()人				
		□大学院生			: ()校 のべ()人				
		□認定看護師・専門看護師教育課程			: ()校 のべ()人				
その他、当会への ご要望・ご意見 をお聞かせ下さい		□その他()			: ()校 のべ()人				
		実習指導者講習会修了者の配置 : □有()人・□無							

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

平成28年度 会費 (□継続1万5千円・□新規2万5千円) : 月 日 (□振込済・□予定)

※会費…継続入会: 年会費1万5千円、新規入会: 2万5千円 (入会金1万円+年会費1万5千円)