（添書不要）回答期限：令和６年１１月２２日（金）回答先：福島県県北保健福祉事務所総務企画課　宍戸　行

 　　　　　　ＦＡＸ：024-534-4105　　E-mail：kenpokuhofuku\_kikaku@pref.fukushima.lg.jp

在宅緩和ケア提供体制に関する調査票【居宅介護支援事業所】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 回答者名 |  |

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　　　　（　　　　） |
| E-mail |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |
| 従業者数 | 主任介護支援専門員 | 介護支援専門員 |
| 人 | 人 |
| ケアプランの作成経験の有無と作成件数 | ※これまででケアプランを作成した項目に○をつけてください。また、○をつけた場合、R5年7月1日からR6年6月30日までのケアプラン作成人数（実人数）を記入してください。　　１　難病　　　　　　　　２　看取り　　　　　　　　　　　　　　　　　人　　　　　　　　　　　　人　 |
| 併設関連機関 | □地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護　□訪問介護□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション□短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設□介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　）□関連機関の併設はない　 |

２　上記情報の公開への同意（掲載に同意しない場合☑を入れてください）

* 社会資源情報冊子へ掲載することに同意しない。
* 福島市在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。
* 伊達地方在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。

ご協力ありがとうございました。