

事業所名	運営法人	住所	電話番号	FAX番号	入所定員		入所期間 (目安)	在宅サービス			施設 分類	居室種類		食費	医療行為等													
					一般棟	認知症 専門棟		通所 リハ	訪問リハ			多床室	個室		開ろ		経鼻	点滴	吸引	バルン	インスリン	ストマ	酸素	透析	褥瘡	認知症	看取り	
									有無	セラピスト の種別					有無	受入上 限												
1 介護老人保健施設ユニーアイ	(社) 愛仁会	〒555-0001 大阪市西淀川区佃2-2-58	06-6471-5236	06-6471-5285	100	0	30ヶ月	55	無		超強化型	有	有	1590	有	8	×	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
2 介護老人保健施設フェリス大和田	(医) 松仁会	〒555-0032 大阪市西淀川区大和田6-13-48	06-6474-6668	06-6474-6758	52	0	12ヶ月	15	無		加算型	有	無	1600	有	7	×	×	○	○	△	○	△	△	△	△	△	△
3 介護老人保健施設よどの里	(公財) 淀川勤労者 厚生協会	〒555-0033 大阪市西淀川区姫島2-13-20	06-6473-5152	06-6473-0151	52	48	要相談	50	有	OT PT	超強化型	有	有	1392	有	要相談	×	△	△	○	△	○	×	△	○	◎	◎	
4 介護老人保健施設なごみだいら	(社) 美喜福社会	〒555-0034 大阪市西淀川区福町2-11-7	06-4804-2961	06-4808-8608	42	120	30ヶ月	20	無		基本型	有	有	1632	有	16	○	○	○	○	△	○	○	×	△	◎	◎	
5 介護老人保健施設せレーナなどり	(医) 博悠会	〒555-0043 大阪市西淀川区大野2-1-35	06-6474-9732	06-6474-0513	50	0	約30ヶ月	29	有	OT PT	超強化型	有	無	1500	有	4	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												

※在宅サービスは定員数を記入、訪問リハ実施の有無、開ろの受け入れの有無は○×で表記
※ショートステイは、空床利用の場合、「空床」欄に○を記入
※施設分類は、「超強化型」「強化型」「加算型」「基本型」「その他」から選択
※居住費・食費は減免なしの額(1日あたり)を記入
※個室単価は施設が独自で設定している場合の金額を記入
※医療行為等の欄は、「積極受入」は◎、「受入可」は○、「要相談」は△、「受入不可」は×を記入