

登録調査票の(新規・変更) 届出書

【 同意確認 】

当施設は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及びWebサイト上の「医療・介護おたすけマップ」に掲載し、情報公開することに同意します。 同意日時： 令和 年 月 日

機関・事業名

㊟ 記入者名

(部署・役職)

通所リハビリテーション(デイケア)登録調査票

令和 年 月現在

事業所名			代表者名					
住所	〒							
電話番号				FAX番号				
メールアドレス								
ホームページ								
相談窓口				担当者				
	対応しやすい時間： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> _____曜日・時間帯(~)							
サービス提供地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南城市 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町 <input type="checkbox"/> その他 ()							
営業時間 (具体的な時間をご記入ください)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
	定休日							
	留意事項							
介護予防サービスの実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		短時間のサービス提供		<input type="checkbox"/> あり/提供時間(: ~ :) <input type="checkbox"/> なし			
リハビリ専門職の配置	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> その他()							
勤務している リハビリ専門職数	名	リハビリ専門職種内訳	理学療法士： 名/作業療法士： 名/言語聴覚士： 名					
受け入れ可能な対象 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 経管栄養管理 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマの患者 <input type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <input type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着の患者 <input type="checkbox"/> IVHの患者 <input type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者 <input type="checkbox"/> 終末期の患者 <input type="checkbox"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 障がい者の患者 <input type="checkbox"/> 小児の患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患の患者 <input type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 創傷処置の患者 <input type="checkbox"/> 褥そう処置の患者 <input type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど)							
併設・関連機関								
事業所アピール								
備考								

※ご記入いただきました登録調査票は、下記の南部在宅医療介護支援センターへFAX送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-851-8842