

## 訪問リハビリ 登録調査票

記入日 平成 年 月 日

事業所名			
住 所	浦添市		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
ホームページ	URL		
営業時間			
休 日			
勤務しているリハビリ専門職数		名	
＜ 職 種 内 訳 ＞		理学療法士	名
		作業療法士	名
		言語聴覚士	名
併設・関連機関 <small>* 該当する事業を○で 囲んで下さい</small>	医療機関（機関名： _____） 訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ 通所介護 通所リハビリ ・ ショートステイ ・ 福祉用具 ・ 居宅介護支援事業所 地域密着型サービス（ 認知デイ ・ 小規模多機能 ・ グループホーム ） 介護保険施設（ 特養 ・ 老健 ・ 療養型 ） ・ 地域包括支援センター その他（ _____ ）		

\* この調査票は、浦添市在宅医療・介護連携支援センターうらっしーホームページ内の事業所マップ掲載用の調査票となっており、それ以外の目的で使用することはありませんので、ご協力よろしく申し上げます。

\* ご不明な点がございましたら、お気軽に当センターまでご連絡下さい。

浦添市在宅医療・介護連携支援センターうらっしー（浦添市医師会内） TEL 098-894-2698  
FAX 098-874-2362