

通所介護(デイサービス)事業所 登録調査票

【※ホームページ掲載費用は無料です】

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 <small>(マップには掲載しません)</small>			
ホームページ	URL		
営業時間			
休日			
受け入れ可能利用者	胃瘻 ・ 経管鼻腔 ・ 酸素療法 ・ 痰吸引 ・ 留置カテーテル インスリン注射 ・ 褥瘡処置 ・ 創傷処置 ・ 精神疾患の利用者 認知症の利用者 ・ 若年性認知症の利用者 ・ その他 ()		
リハビリ専門職の配置	・あり⇒・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・その他() ・なし		
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