

医療・介護資源検索コンテンツ 掲載情報確認・更新票

回答日： 年 月 日

訪問リハビリテーション事業所用回答シート

事業所名：

管理者名：

窓口担当者名：

事業所情報	当てはまる項目に○をつけてください	体制・患者状態	対応可否
HP	有・無	理学療法士	○・×
営業時間	時 分～ 時 分	作業療法士	○・×
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆	言語聴覚士	○・×
	年末年始(~)、その他()	医療保険対象患者	○・×
訪問リハマネジメント加算A(0)	有・無	小児	○・×
訪問リハマネジメント加算B(1)	有・無	精神疾患	○・×
訪問リハマネジメント加算B(0)	有・無	認知症	○・×
訪問リハサービス提供体制加算	有・無	末期がん	○・×
訪問リハ短期集中リハ加算	有・無	障がい	○・×
移行支援加算	有・無	難病	○・×
予防訪問リハサービス提供体制加算	有・無	<訪問対応地域>	
予防訪問リハ短期集中リハ加算	有・無		
予防訪問リハマネジメント加算	有・無		
事業所評価加算	有・無		

(回答先) 武雄杵島地区医師会事務局

FAX : 0954-23-2216 メール : zaitaku@tk-med.or.jp