

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(Ⅱ)	有 ・ 無	小児	○ ・ ×
訪問リハマネジメント加算B(Ⅰ)	有 ・ 無	精神疾患	○ ・ ×
訪問リハマネジメント加算B(Ⅱ)	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