

滋賀県のリハビリテーションを推進する医師の会
リハビリテーションに係る地域資源調査票
(通所リハビリテーション事業所用)

事業所名 : _____

記載者名 : _____ (詳細確認を目的に連絡をさせて頂く場合があります。)

設問 1 貴事業所の営業時間についてお聞かせ下さい。

(曜日)

(AM・PM) ~ (AM・PM): 月・火・水・木・金・土・日
(AM・PM) ~ (AM・PM): 月・火・水・木・金・土・日
(AM・PM) ~ (AM・PM): 月・火・水・木・金・土・日

設問 2 貴事業所の休業日をお聞かせ下さい。

- ① 月 ② 火 ③ 水 ④ 木 ⑤ 金 ⑥ 土 ⑦ 日
⑧ 祝日 ⑨ 不定休 ⑩ 無休 ⑪ お盆 (~)
⑫ 年末年始 (~) ⑬ その他 (~)

設問 3 貴事業所の定員をお聞かせ下さい。 () 人

設問 4 貴事業所における専門職の配置状況についてお聞かせ下さい。

医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
人	人	人	人	人

設問 5 事業所において受入状況について、各項目の該当するところに”○“をお願いします。

認知症	胃ろう	ストーマ	在宅酸素	気管切開	インシュリン	褥瘡処置	障害児・者
可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可

設問 6 貴事業所の特徴（利用者の日中の過ごし方）やアピールポイントについて記載下さい。

[

(貴事業所について)

●事業所住所 : _____

●事業所連絡先 : (TEL) _____

(FAX) _____

●事業所URL : _____

※ 上記の内容は、了解を得られた事業所について、当会ホームページで公開を予定しています。
つきましては、了解いただける事業所について、その事業所の代表者の方の役職名。署名および捺印をお願い致します。

(役職名) _____ (署名) _____ 印

FAX(077-582-5726)にて返送下さい!