

ふりがな		ご回答者様のご署名をお願いいたします	
お名前		お役職	
電話番号	( )	FAX 番号	( )
電子メールアドレス	@		

《訂正箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

記号のないもの：冊子・ホームページに公開    △：ホームページに公開    ■非公開				
1. (ふりがな)				
2. 貴施設名				
3. 所在地		*ビル名、号室等まで正確にご記入を。		
4. 電話番号		5. FAX 番号		
△ 6. ホームページ URL				
7. 営業時間【訂正がある場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】 注意事項がある場合は「特記事項」にご記入ください。				
月	午前	～	午後	～
火	午前	～	午後	～
水	午前	～	午後	～
木	午前	～	午後	～
金	午前	～	午後	～
土	午前	～	午後	～
日	午前	～	午後	～
祝	午前	～	午後	～
特記事項		例) 但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ		
8. 加算の算定について【算定しているもの：●】【算定していないもの：-】 算定しているものに○を記入してください。				
サービス提供体制強化加算				
リハビリマネジメント加算 A		リハビリマネジメント加算 B		
9. リハビリ対応について 【対応しているもの：●】 対応しているものに○を記入してください。				
呼吸リハ		精神障害リハ		
小児リハ		摂食嚥下リハ		
難病リハ				
10. 訪問しているリハビリ職種の在籍状況について 【在籍している：●】【在籍していない：空欄】 在籍している職種に○をご記入ください。				
理学療法士 (PT)		作業療法士 (OT)		言語聴覚士 (ST)

**■11. 北区の実施する事業の認知度について**

【ご存じのもの：●】ご存じのものに○をご記入ください。

介護医療連携シート		顔の見える連携会議	
在宅療養相談窓口		在宅療養協力支援 病床確保事業	
多職種連携研修会			

**12. 主治医が他院の場合の訪問リハビリ対応の有無について**

【対応しているもの：●】対応しているものに○を記入してください。

主治医が他院の場合	
-----------	--

**13. 訪問対応可能範囲について**

【対応している：●】対応するすべてのものに○を記入してください。

参考地図は最終ページ内にご覧いただけます。

①	浮間地区	浮間 1～5 丁目	
②	赤羽西地区	赤羽北 1～3 丁目、桐ヶ丘 1～2 丁目、赤羽台 1～4 丁目、赤羽西 1～6 丁目、西が丘 1～3 丁目、上十条 5 丁目、十条仲原 3～4 丁目、中十条 4 丁目	
③	赤羽東地区	赤羽 1～3 丁目、岩淵町、志茂 1～5 丁目、赤羽南 1～2 丁目、神谷 2～3 丁目、東十条 5～6 丁目	
④	王子西地区	上十条 1～4 丁目、十条仲原 1～2 丁目、中十条 1～3 丁目、岸町 1～2 丁目、十条台 1～2 丁目、王子本町 1～3 丁目、滝野川 4 丁目	
⑤	王子東地区	東十条 1～4 丁目、神谷 1 丁目、王子 1～6 丁目、豊島 1～8 丁目、堀船 1～4 丁目	
⑥	滝野川西地区	滝野川 1～3 丁目、滝野川 5～7 丁目、西ヶ原 1～4 丁目、上中里 1 丁目、中里 1～3 丁目、田端 1～6 丁目	
⑦	滝野川東地区	栄町、上中里 2～3 丁目、昭和町 1～3 丁目、東田端 1～2 丁目、田端新町 1～3 丁目	
⑧	北区全エリア		
⑨	その他	応相談・条件等 診療所近く ※変更がある場合はご記入ください	

**14. 訪問対応可能な時間帯について【訂正がある場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】**

注意事項がある場合は「応相談」枠内にご記入ください。

月	～	金	～
火	～	土	～
水	～	日	～
木	～	祝	～
応相談			

**本調査は地域医療の連携を推進するためのものですので、ぜひ公開していただくようお願いします。**

公開についてご同意いただけない場合は下記 □ にチェックをお願いいたします。

**本調査の回答結果について**

- 事業者用の冊子公開について同意しません。
- ホームページ（情報検索システム）の公開について同意しません。

ご協力ありがとうございました。

（株）東京法規出版 ICT 事業企画室 FAX 番号 03-5977-0340 e-mail : kaigoweb@tkhs.co.jp

### 13.訪問対応可能範囲について参考地図

