

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-------|--|
| 標榜診療科 | |
|-------|--|

| | |
|---------|--|
| 精神科医師氏名 | |
|---------|--|

| | |
|---------|--|
| 作業療法士氏名 | |
|---------|--|

| | |
|--------------|-----------|
| 退院調整加算の届出の有無 | (有 ・ 無) |
|--------------|-----------|

退院支援部署に係る構成員

| 区分 | 氏名 | |
|------------------------------------|----|----|
| ア 精神保健福祉士 | | |
| イ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者 | 氏名 | 職種 |
| | | |

[記載上の注意]

退院支援部署に係る構成員のイについて、職種欄に職種を記載すること。