

## 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。