精神科[

〕ケアの施設基準に係る届出書添付資料

	医師	常	専	任	名	非 常	専	任	名
従		勤				勤			
	作業療法士	常	専	従	名	非 常	専	従	名
		勤	専	任	名	勤	専	任	名
	経験を有する	常	専	従	名	非 常	専	従	名
	看護師	勤	専	任	名	勤	専	任	名
	看護師	常	専	従	名	非 常	専	従	名
		勤	専	任	名	勤	専	任	名
事	光毛洪红	常	専	従	名	非 常	専	従	名
者	准看護師	勤	専	任	名	勤	専	任	名
数	精神保健	常	専	従	名	非 常	専	従	名
	福祉士	勤	専	任	名	勤	専	任	名
	公認心理師等	常	専	従	名	非 常	専	従	名
		勤	専	任	名	勤	専	任	名
	栄 養 士	常	専	従	名	非 常	専	従	名
		勤	専	任	名	勤	専	任	名
	看護補助者	常	専	従	名	非常	専	従	名
		勤	専	任	名	勤	専	任	名
専用施								平方メートル	
	患者1人当たり							平方メートル	

〔記載上の注意〕

- 1 []内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト ・ケアの経験を有する看護師
- 3 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。