

## 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                    |                      |                              |   |     |   |     |   |
|------------------------------------|----------------------|------------------------------|---|-----|---|-----|---|
| 専任の医師名                             |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 当該治療室の病床数                          |                      | 床                            |   |     |   |     |   |
| 当該治療室の入院患者の状況                      |                      | 入室患者延べ数の算出期間<br>年 月 日～ 年 月 日 |   |     |   |     |   |
| 入室患者延べ数①                           |                      | 名                            |   |     |   |     |   |
| ①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数②            |                      | 名                            |   |     |   |     |   |
| 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合(②/①)          |                      | %                            |   |     |   |     |   |
| 当該治療室の従事者                          | 看護師                  | 日勤                           | 名 | 準夜勤 | 名 | 深夜勤 | 名 |
|                                    | 理学療法士<br>又は<br>作業療法士 | 名                            |   |     |   |     |   |
| 当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等          |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 救急蘇生装置                             |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 除細動器                               |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 心電計                                |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 呼吸循環監視装置                           |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等 |                      |                              |   |     |   |     |   |
| CT                                 |                      |                              |   |     |   |     |   |
| MRI                                |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 脳血管造影装置                            |                      |                              |   |     |   |     |   |
| 当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無      |                      | 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)有・無    |   |     |   |     |   |

## [記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出書の写しを添付すること。
- 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。