

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | |
|--|--|----|--|---|-----------------------|--------------|----------|
| 当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○) | | | 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 呼吸器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア | | | | |
| 経験 を 有 す る 職 員 | 専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む | | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | | リハビリテーションに係る経験 | | あり・なし |
| | | | | | 認知症患者リハビリテーション の研修 | | あり・なし |
| | 専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む | | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | | リハビリテーションに係る経験 | | あり・なし |
| | | | | | 認知症患者リハビリテーション の研修 | | あり・なし |
| 従 事 者 数 | 医師 | 常勤 | 専任 | 名 | 非常勤 | 専任 (常勤換算) | 名 (名) |
| | | | 非専任 | 名 | | 非専任 | 名 |
| | 理学療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 (常勤換算) | 名 (名) |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 作業療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 (常勤換算) | 名 (名) |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 言語聴覚士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 (常勤換算) | 名 (名) |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 当該療法を行うための器械・器具の一覧 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。また、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。
- 5 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。