

がん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				
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
					がん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
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし
	経験を有する常勤専従職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算		職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし
	経験を有する常勤専従職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算		職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし
	経験を有する常勤専従職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算		職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし
	経験を有する常勤専従職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算		職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし
経験を有する常勤専従職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算		職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん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)
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名

専用施設の面積	専用施設面積	平方メートル
	言語聴覚療法専用施設の面積	平方メートル
当該療法を行うための器械・器具の一覧		

[記載上の注意]

- 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22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。
- 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。
- 専任を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する状態についてわかる書類(かかり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(当該研修の名称、実施主体、修了日等)を添付すること。
- 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平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。