

様式 49 の 6

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る  
届出書添付書類

|                   |               |                   |     |                      |             |                |   |
|-------------------|---------------|-------------------|-----|----------------------|-------------|----------------|---|
| 1 専任の常勤医師の氏名等     |               |                   |     |                      |             |                |   |
| 常勤医師の氏名           |               | 神経・筋疾患<br>の診療経験年数 |     | リハビリテーション<br>の診療経験年数 |             | 所定の研修<br>修了年月日 |   |
|                   |               | 年                 |     | 年                    |             |                |   |
|                   |               | 年                 |     | 年                    |             |                |   |
|                   |               | 年                 |     | 年                    |             |                |   |
|                   |               | 年                 |     | 年                    |             |                |   |
| 2 従事者数            |               |                   |     |                      |             |                |   |
| 従<br>事<br>者<br>数  | 医 師           | 常<br>勤            | 専 任 | 名                    | 非<br>常<br>勤 | 専 任            | 名 |
|                   | 看 護 師         | 常<br>勤            | 専 従 | 名                    | 非<br>常<br>勤 | 専 従            | 名 |
|                   |               |                   | 専 任 | 名                    |             | 専 任            | 名 |
|                   | 理学療法士         | 常<br>勤            | 専 従 | 名                    | 非<br>常<br>勤 | 専 従            | 名 |
|                   |               |                   | 専 任 | 名                    |             | 専 任            | 名 |
|                   | 作業療法士         | 常<br>勤            | 専 従 | 名                    | 非<br>常<br>勤 | 専 従            | 名 |
|                   |               |                   | 専 任 | 名                    |             | 専 任            | 名 |
|                   | そ の 他         | 常<br>勤            | 専 従 | 名                    | 非<br>常<br>勤 | 専 従            | 名 |
|                   |               |                   | 専 任 | 名                    |             | 専 任            | 名 |
|                   | 3 訓練室の設備等について |                   |     |                      |             |                |   |
| 当該処置を実施するための施設の面積 |               |                   |     | 平方メートル               |             |                |   |

|                          |                                |  |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| 当該処置を行うための器械・器具の一覧       |                                |  |
| 4 担当の複数職種が参加するカンファレンスの詳細 |                                |  |
| 開催頻度                     |                                |  |
| 参加職種                     | 医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他 |  |

[記載上の注意]

- 1 「1」の医師の氏名、勤務の態様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、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・ 常勤医師
  - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療の経験を3年以上有している医師
  - ・ 常勤医師のうち、リハビリテーションの経験を3年以上有している医師
  - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療及びリハビリテーションの経験を3年以上有している医師
- 2 当該処置に従事する看護師、理学療法士、作業療法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49の7を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の平面図を添付すること。
- 4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・ 処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- 5 届出に当たっては、担当の複数職種が参加するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。