

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(II)						
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
	当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
リハビリテーション科の 医師の氏名	

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

	介護保険サービス名	指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去 1 年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

	介護保険サービス名	提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
	合計	人

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、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。
- 2 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すること。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配置図及び平面図であること。
- 3 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。
 - ・リハビリテーションに関する記録（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。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 4 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。
- 5 介護保険サービスの指定については、介護保険法第 7 1 条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。