

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------|---------|-----|---|-------------|--------|---|
| 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 |
| | 作 業 療 法 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 看 護 師 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 看 護 師 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 准 看 護 師 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 精 神 保 健 福 祉 士 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 公 認 心 理 師 等 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 栄 養 士 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 看 護 補 助 者 | 常 勤 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 専用施設の面積 | | | | | | 平方メートル | |
| | | 患者1人当たり | | | | 平方メートル | |

〔記載上の注意〕

- [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・公認心理師
 - ・精神保健福祉士
 - ・栄養士
 - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。