

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3の施設基準に係る届出書添付書類

届け出る加算 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	1 : 摂食嚥下機能回復体制加算 1 2 : 摂食嚥下機能回復体制加算 2 3 : 摂食嚥下機能回復体制加算 3
-------------------------------	--

摂食嚥下機能回復体制加算 1 又は 2 を届け出る場合は、摂食嚥下支援チームについて、以下の欄を記入すること。

専任の常勤医師又は常勤歯科医師	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	医師 ・ 歯科医師
専任の常勤看護師又は常勤言語聴覚士	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	看護師 ・ 言語聴覚士
	専任の常勤看護師の場合は記載すること。	
	適切な研修 (※)	修了 ・ 未修
	経験年数	年
専任の常勤管理栄養士	氏名	

摂食嚥下機能回復体制加算 3 を届け出る場合は、加算に専任の職員について、以下の欄を記入すること。

専任の常勤職員	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	医師 ・ 看護師 ・ 言語聴覚士

[記載上の注意]

※について、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。摂食嚥下支援チーム等の看護師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書を添付すること。