

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○)	( ) 脳血管疾患等リハビリテーション(I) ( ) 脳血管疾患等リハビリテーション(II) ( ) 脳血管疾患等リハビリテーション(III) ( ) 運動器リハビリテーション(I) ( ) 運動器リハビリテーション(II) ( ) 運動器リハビリテーション(III) ( ) 呼吸器リハビリテーション(I) ( ) 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 (常勤換算)	( 名 名)		
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	名		
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	( 名 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 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 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	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									
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 訓練マット  <input type="checkbox"/> 治療台  <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘   <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具  <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等)   <input type="checkbox"/> 血圧計  <input type="checkbox"/> 平行棒  <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡  <input type="checkbox"/> 各種車椅子                 </td> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 傾斜台  <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等)  <input type="checkbox"/> 家事用設備  <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備   <input type="checkbox"/> 聴力検査機器  <input type="checkbox"/> 音声録音装置  <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム   <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器  <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器                 </td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘  <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等)  <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備  <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム  <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器
<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘  <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等)  <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備  <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム  <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器								

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		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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平面図であること。
- 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。
  - ・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。
- 5 「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。なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。また、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24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 6 具備している器械・器具について□に「✓」を記入すること。