

様式 43 の 6

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

摂食嚥下支援チーム等

区分	氏名	該当するものに○、 若しくは年数を記載
ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師		() 医師 () 歯科医師
イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の 看護に従事した経験を5年以上有 し、摂食嚥下障害看護に係る適切な 研修を修了した専任の常勤看護師又 は専従の常勤言語聴覚士		経験年数 () 年 看護師 () 言語聴覚士
ウ 専任の常勤管理栄養士		

[記載上の注意]

- 1 ア及びイについては、該当する職種に○を付すこと。
- 2 イについては、経験年数を記載し、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。ただし、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。