

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の従事者	
専任の医師数	名
看護師数	名
看護師の勤務体制	
	日勤 名
	準夜勤 名
	深夜勤 名
脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士の数	名
当該治療室の概要	
病床数	床
当該治療室の入院患者の状況	
① 入室患者延べ数	名
② ①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数	名
③ 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合 (②/①)	%
上記の算出期間 (開始年月日)	年 月 日
上記の算出期間 (終了年月日)	年 月 日
装置・器具	
救急蘇生装置 (気管挿管セット、人工呼吸装置等)	<input type="checkbox"/> 治療室内に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する特定集中治療室に配置 (共有により緊急時に対応可能)
除細動器	<input type="checkbox"/> 治療室内に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する特定集中治療室に配置 (共有により緊急時に対応可能)
心電計	<input type="checkbox"/> 治療室内に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する特定集中治療室に配置 (共有により緊急時に対応可能)
呼吸循環監視装置	<input type="checkbox"/> 治療室内に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する特定集中治療室に配置 (共有により緊急時に対応可能)
コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の体制に係る事項	
当該病院のCT撮影装置台数	台
当該病院のMRI撮影装置台数	台
当該病院の脳血管造影装置台数	台
超急性期脳卒中加算及び経皮的脳血栓回収術の状況 (直近1年間における当該病院の状況について記載すること。)	
① 「A205-2」超急性期脳卒中加算の年間算定回数	回
② 「K178-4」経皮的脳血栓回収術の年間算定回数	回
③ ①と②の合計	回
当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無 (該当するいずれか1つを選択すること。)	1: 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 2: 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 3: 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)
医療安全対策加算に係る事項	<input type="checkbox"/> 医療安全対策加算1に係る届出を行っている

〔記載上の注意〕

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。
- 届出前1か月の治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類及び専任の医師の配置状況がわかる書類を添付すること。