

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<p>届出区分</p> <p>※ 該当する項目について、 いずれかの該当する□に✓を記入すること</p>	記入欄			
	<input type="checkbox"/>	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
	<input type="checkbox"/>	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
	<input type="checkbox"/>	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
	<input type="checkbox"/>	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）		
	<input type="checkbox"/>	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）		

施設基準における、配置職員情報				記入欄
<p>従事者数</p> <p>※ 該当する従事者がいない場合は、0を入力する</p>	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	経験を有する従事者	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
<p>研修を修了した従事者</p> <p>※ 運動器リハビリテーション料を届け出る場合で、 対象者がいる場合は入力する。</p>	従事者 1	氏名		
		職種		
		修了した研修名		
	従事者 2	氏名		
		職種		
		修了した研修名		
	従事者 3	氏名		
		職種		
		修了した研修名		

専用施設及び器具等		記入欄
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	m ²
	個別療法室 ※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること	m ²
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄	
	<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"/> 各種装具（長・短下肢装具等） <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作設備 <input type="checkbox"/> 音声録音再生装置 <input type="checkbox"/> リハビリテーション用医療機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ その他に✓を入れた場合は、（ ）に内容を記入すること	<input type="checkbox"/> 各種車椅子 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘 <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 ※ 必要に応じて
初期加算及び 急性期リハビリテーション加算の届出 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
リハビリテーション科の医師 1	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
リハビリテーション科の医師 2	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

【記載上の注意】

- 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。
- 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。
- 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配置図及び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。
- 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。
- 「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」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」欄を記載すること。
 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22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。
- 運動器リハビリテーション料を届け出る場合において研修を修了した従事者を登録する際は、運動器リハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（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。