

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料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) () 総合リハビリテーション施設 () 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) () 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) () 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) () 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) () 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)						
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経験を有する従事者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	専 用 施 設 の 面 積		合 計		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							

[記載上の注意]

- 1 総合リハビリテーション施設とは、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)施設のうち、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が常勤で従事しており、リハビリテーションを適切に実施できる体制を整えている施設をいう。
- 2 医師又はその他の従業者が各疾患別リハビリテーションの経験を有している場合はその旨を様式4の備考欄に記載すること。なお、経歴(疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの)を添付すること。