

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"/> 脳血管疾患等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"/> 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）	<input type="checkbox"/> 運動器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（Ⅱ） <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

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		

