

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア					
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
					認知症患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
					認知症患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
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
当該療法を行うための器械・器具の一覧							
(Blank area for equipment and tools list)							

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、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。
- 2 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類  
②認知症患者の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を添付すること。
- 3 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していること。
- 4 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。