

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号											
	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 都 道 府 県 市 区 町 村										
	連絡先	電話番号 Email	(内線)				FAX 番号					
管 理 者	フリガナ					住所	(郵便番号 市 区 町 村					
	氏 名											
	生年月日											
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)				名 称							
					兼務する職種 及び勤務時間等							
短期入所療養介護の実施の有無				☐ 有 ☐ 無		通所リハビリテーションの実施の有無		☐ 有 ☐ 無				
施設を共用する事業所等の名称 (共用する場合記入)				フリガナ								
				名 称								
協力医療 機関	名 称					主な診療科名						
	名 称					主な診療科名						
	名 称					主な診療科名						
	名 称					主な診療科名						
療養棟名												
施設類型(いずれか一方を選択)						☐ I 型介護医療院		☐ II 型介護医療院				
介護形式(いずれか一方を選択)						☐ 従来型		☐ ユニット型				
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医 師		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数		常 勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数		常 勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員				人					
			入所者1人あたり最小床面積				㎡					
	廊下		片廊下の幅				m					
			中廊下の幅				m					
	機能訓練室面積				㎡							
	食堂(共同生活室)面積				㎡							
	入所者の予定数				人							
	一日当たりの通所総利用者予定数				人							
入所定員				人								
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2	介護形式(いずれか一方を選択)				☐ 従来型		☐ ユニット型					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医 師		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数		常 勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数		常 勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員				人					
			入所者1人あたり最小床面積				㎡					
	廊下		片廊下の幅				m					
			中廊下の幅				m					
	機能訓練室面積				㎡							
	食堂(共同生活室)面積				㎡							
	入所者の予定数				人							
一日当たりの通所総利用者予定数				人								
入所定員				人								

