

付表 15 介護医療院の許可に係る記載事項

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 都市							
	連絡先	電話番号 Email	FAX 番号						
管理者	フリガナ		(郵便番号 - )						
	氏名	住所							
	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(兼務の場合記入)		名称	兼務する職種					
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)			カナ						
			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					
入所者の予定数		人				一日当たりの通所総利用者予定数		人	
○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	
介護老人保健施設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	
介護老人保健施設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						m <sup>2</sup>		
廊下	片廊下の幅						m		
	中廊下の幅						m		
機能訓練室面積						m <sup>2</sup>			
食堂面積						m <sup>2</sup>			
入所定員						人			
○通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項(該当する場合のみ)									
		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師			
常勤(人)									
非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)									
専用の部屋の面積						m <sup>2</sup>			
営業時間(単位毎の実施時間を明示)		① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :							
利用定員		人 (単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)							
添付書類	別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。