

( ) 通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン  
 ( ) 介 護 予 防 通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン

に係る記載事項(病院又は診療所)

(表)

|                                   |                        |               |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|-----------------------------------|------------------------|---------------|---|----------------|--------|--------------------------|----|-------------------|-----------|-------------------------|--|----------|--|------|----|--|
| 管理者                               | (フリガナ)<br>氏 名          |               |   |                |        |                          |    | (フリガナ)<br>住 所     | (郵便番号 - ) |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   | 生年月日                   |               |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   | 管理の代行者が選任されている場合の職及び氏名 | 医 師           |   |                | 理学療法士  |                          |    | (フリガナ)<br>氏 名     |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 作業療法士         |   |                | 専従の看護師 |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 利用定員(同時に通所リハを受けることができる利用者数の上限)の合計 |                        |               |   |                |        |                          |    | 人                 |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 実施単位数                             |                        | 単 位           |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 専任の医師                             |                        | 常 勤 (人)       |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 非 常 勤 (人)     |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| リハビリテーション専用の部屋等の面積合計              |                        |               |   | m <sup>2</sup> |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 事業所の種別                            |                        | 病 院           |   |                |        | 診療所(単位ごとの利用定員が10人を超える場合) |    |                   |           | 診療所(単位ごとの利用定員が10人以下の場合) |  |          |  |      |    |  |
| 単 位 別 ( 単 位 目 )                   | 従業者                    | 区 分           |   | 理学療法士          |        | 作業療法士                    |    | 言語聴覚士             |           | 看護職員                    |  |          |  | 介護職員 |    |  |
|                                   |                        |               |   | 専従             | 兼務     | 専従                       | 兼務 | 専従                | 兼務        | 従事経験のある看護師              |  | それ以外の看護師 |  | 専従   | 兼務 |  |
|                                   |                        | 常 勤 (人)       |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 非 常 勤 (人)     |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 常勤換算後の人数 (人)  |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | ※基準上の必要人数 (人) |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| ※適合の可否                            |                        |               |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| リハビリテーション専用の部屋等の面積                |                        |               |   | m <sup>2</sup> |        |                          |    | ※基準上の必要面積         |           |                         |  | ※適合の可否   |  |      |    |  |
|                                   |                        |               |   |                |        |                          |    | m <sup>2</sup> 以上 |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 利 用 定 員                           |                        | 人             |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 営 業 日                             |                        | 日             | 月 | 火              | 水      | 木                        | 金  | 土                 | 祝         | その 他 年 間 日 休 日          |  |          |  |      |    |  |
| 営 業 時 間                           |                        | 平日            |   | ～              |        |                          |    | 土曜                |           | ～                       |  | 日曜日・祝日   |  | ～    |    |  |
|                                   |                        | 備考            |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 利 用 料                             |                        | 法定代理受領分       |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 法定代理受領分以外     |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| そ の 他 の 費 用                       |                        |               |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |
| 通 常 の 事 業 の 実 施 地 域               |                        | ①             |   | ②              |        | ③                        |    | ④                 |           | ⑤                       |  |          |  |      |    |  |
|                                   |                        | 備考            |   |                |        |                          |    |                   |           |                         |  |          |  |      |    |  |

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

| 事業所の種別                 | 病 院                |    | 診療所(単位ごとの利用定員が10人を超える場合) |    |                |    | 診療所(単位ごとの利用定員が10人以下の場合) |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|------------------------|--------------------|----|--------------------------|----|----------------|----|-------------------------|----|-------------------|----|-------------------|----|--------|---|---|--|
|                        | 区 分                |    | 理学療法士                    |    | 作業療法士          |    | 言語聴覚士                   |    | 看護職員              |    | 介護職員              |    |        |   |   |  |
| 従業者                    |                    |    | 専従                       | 兼務 | 専従             | 兼務 | 専従                      | 兼務 | 専従                | 兼務 | 専従                | 兼務 |        |   |   |  |
|                        | 常 勤 (人)            |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | 非 常 勤 (人)          |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | 常勤換算後の人数 (人)       |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | ※基準上の必要人数 (人)      |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | ※適合の可否             |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
| 単位別<br>(単位目)           | リハビリテーション専用の部屋等の面積 |    |                          |    | m <sup>2</sup> |    |                         |    | ※基準上の必要面積         |    |                   |    | ※適合の可否 |   |   |  |
|                        |                    |    |                          |    |                |    |                         |    | m <sup>2</sup> 以上 |    |                   |    |        |   |   |  |
| 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項 | 利 用 定 員            |    | 人                        |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | 営 業 日              |    | 日                        | 月  | 火              | 水  | 木                       | 金  | 土                 | 祝  | その 他 年 間<br>の 休 日 |    |        |   |   |  |
|                        | 営 業 時 間            |    | 平日                       |    | ～              |    |                         |    | 土曜                |    | ～                 |    | 日曜日・祝日 |   | ～ |  |
|                        |                    |    | 備考                       |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | 利 用 料              |    | 法定代理受領分                  |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        |                    |    | 法定代理受領分以外                |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
|                        | その他の費用             |    |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |
| 通常の実施地域                |                    | ①  |                          |    | ②              |    |                         | ③  |                   |    | ④                 |    |        | ⑤ |   |  |
|                        |                    | 備考 |                          |    |                |    |                         |    |                   |    |                   |    |        |   |   |  |

注 単位数が2単位以上の場合に記入すること。