

指定短期入所療養介護事業所・指定介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
		電子メールアドレス							
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文									
事業所の 種 別	1 介護老人保健施設			4 診療所					
	2 指定介護療養型医療施設			5 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院					
	3 療養病床を有する病院又は診療所			6 介護医療院					
入院患者又は入所者の定員		人		* 入院患者数 (推定数)		人			
管 理 者	フリガナ 氏 名			住 所					
	生年月日								
* 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
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									
		栄養士		理学療法士又は 作業療法士		精神保健福祉士等			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤 (人)									
非常勤 (人)									
※ 基準上の必要人数 (人)									
※ 適合の可否									
* 設備基準項目						※基準上の必要数値		※適合の可否	
老人性 認知症 疾患療 養病棟 を有す る病 院	病 室	1病室当たりの最大病床数		床		床以下			
		入院患者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡以上			
	廊 下	老人性認知症疾患療養病棟の用に 供される床面積		㎡		㎡以上			
		片廊下の幅		m		m以上			
		中廊下の幅		m		m以上			
		生活機能回復訓練室の面積		㎡		㎡以上			
	デイルーム及び面会室の面積		㎡		㎡以上				
	入院患者1人当たりの食堂面積		㎡		㎡以上				
診 療 所	病 室	入院患者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡以上			
主 な 掲 示 事 項	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								
通常の送迎の実施地域									

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 「事業所の種別」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - * 印の欄は、「事業の実施形態」が老人性認知症疾患療養病棟を有する病院又は診療所の場合に、記入すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。