

記載例

指定介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院）

施設	フリガナ	●●●●ピョウイン							
	名称	●●●●病院							
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●							
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					第●●条 第●●項				
管理者	フリガナ	●●● ●●●			住所	浜松市●●区●●町●●●●-●●			
	氏名	●●● ●●●							
	生年月日	●●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	●●●●●				
			介護保険事業所番号	22●●●●●●●●					
			兼務する職種及び勤務時間等	●●●●● ●:●●~●:●●					
病棟の種類別	病棟数	病棟の病室数	病棟の病床数	病棟の平均入院患者数	入院患者の推定数（申請に係る部分）				
					病棟数	病床数	病床数	*完全型	*転換型
療養病床を有する病棟	●	●	●	●	●	●	●		
老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟	●	●	●	●	●	●	●		
計	●	●	●	●	●	●	●		
療養病床を有する病棟の従業者の職種・員数	看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		介護支援専門員		
	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									
老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟の従業者の職種・員数	看護職員		介護職員						
	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									
	作業療法士		精神保健福祉士等		介護支援専門員				
	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					
療養病床を有する病棟			※基準上の必要数値	※適合の可否	
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		●.●● m ²	m ² 以上	
廊下	片廊下の幅		●.●● m	m以上	
	中廊下の幅		●.●● m	m以上	
機能訓練室の面積			●●.●● m ²	m ² 以上	
食堂の面積			●●.●● m ²	m ² 以上	
老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟			※基準上の必要数値	※適合の可否	
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		●.●● m ²	m ² 以上	
老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積			●●.●● m ²	m ² 以上	
廊下	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			●●.●● m ²	m ² 以上	
デイルーム及び面会室の面積			●●.●● m ²	m ² 以上	
入院患者1人当たりの食堂面積			●.●● m ²	m ² 以上	
主な 掲 示 事 項	入院患者の定員		●● 人		
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額		
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額		
その他の費用		食費●●円、居住費●●円、日常生活費●●円 等			
協力 医 療 機 関	名 称	●●病院		診 療 科 名	●●
	名 称	●●クリニック		診 療 科 名	●●

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - *印の欄は、該当するものに○を記入すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。