

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 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										
管理者	フリガナ 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 (兼務の場合のみ記入)				名 称					
					介護保険事業所番号					
					兼務する職種及び 勤務時間等					
病棟の種別		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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
食堂の面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
デイルーム及び面会室の面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
入院患者1人当たりの食堂面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 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		
		法定代理受領分以外		
その他の費用				
協 力 歯 科 医 療 機 関	名 称		診 療 科 名	
	名 称		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。