付表１６－１　介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
|  |
| 施　　　　　　設 |   |  |
|   |  |
|   |  （郵便番号　　　－　　　） 県 　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
|   | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 病院の開設年月日 |  |
| 管　　理　　者 |  フリガナ |  |  住 所 |  （郵便番号　　　－　　　） |
|  氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) |  |
| 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 |  |
| 兼務する職種 |  |
| 施設類型(申請するものすべてに○) | 当該病棟の病床数 | 左のうち申請する病床数 | 当該病棟の平均入院患者数 | 完全型 | 転換型 |  |
|  |  | (該当する方に○) |
| ①療養病床を有する病棟  |  |  |  |  |  |  |
| ②老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟 |  |  |  |  |  |  |
|  　合　　　計 |  |  |  |  |  |
| 当該病棟(全体として)の従業者の職種･員数(①) | 看護職員 | 介護職員 | 理学･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 |  |  |  |  |
| 当該病棟(全体として)の従業者の職種･員数(②) | 看護職員 | 介護職員 | 作業療法士等 | 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 | 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 |  |  |  |  |  |