

新

旧

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)

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			
施設名称	フリガナ		
所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
連絡先	電話番号	FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号	
病院の開設年月日			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)
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 (該当する方に○)
			転換型
① 療養病床を有する病棟			
② 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病棟			
③ 介護力強化病棟			
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
	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
	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(③)	看護職員	介護職員	理学・作業療法士
	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			

受付番号			
施設名称	フリガナ		
所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
連絡先	電話番号	FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号	
病院の開設年月日			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)
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 (該当する方に○)
			転換型
① 療養型病床群を有する病棟			
② 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病棟			
③ 介護力強化病棟			
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
	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
	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(③)	看護職員	介護職員	理学・作業療法士
	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			