付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	(郵便番号　　－　　) 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号　　－　　)	
	氏　名				
	生年月日				
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			

短期入所療養介護の実施の有無	□有 □無	通所リハビリテーションの実施の有無	□有 □無	訪問リハビリテーションの実施の有無	□有 □無

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ	
		名称	
協力医療機関	名称	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	

療養棟名	
施設類型(いずれか一方を選択)	□ Ⅰ型介護医療院　□ Ⅱ型介護医療院

サービス提供単位1

介護形式(いずれか一方を選択)	□ 従来型　□ ユニット型

○人員に関する基準の確認に必要な事項

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
介護医療院従事人数	常　勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									

		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

療養室	1室の最大定員	人	
	入所者1人あたり最小床面積	㎡	
廊下	片廊下の幅	m	
	中廊下の幅	m	
機能訓練室面積		㎡	
食堂(共同生活室)面積		㎡	
入所者の予定数		人	
一日当たりの通所総利用者予定数		人	
建物の構造		□耐火建築物	□準耐火建築物　□その他
入所定員		人	

サービス提供単位2

介護形式(いずれか一方を選択)	□ 従来型　□ ユニット型

○人員に関する基準の確認に必要な事項

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
介護医療院従事人数	常　勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									

		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

療養室	1室の最大定員	人	
	入所者1人あたり最小床面積	㎡	
廊下	片廊下の幅	m	
	中廊下の幅	m	
機能訓練室面積		㎡	
食堂(共同生活室)面積		㎡	
入所者の予定数		人	
一日当たりの通所総利用者予定数		人	
建物の構造		□耐火建築物	□準耐火建築物　□その他
入所定員		人	

○通所リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師	
	専従	兼務
常　勤（人）		
非常勤（人）		

○設備に関する基準の確認に必要な事項

専用の部屋の面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	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）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		:	～	:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	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）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		:	～	:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

添付書類	別添のとおり

○訪問リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

添付書類	別添のとおり

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考） 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■複数療養棟

療養棟名										
施設類型（いずれか一方を選択）			□ Ⅰ型介護医療院			□ Ⅱ型介護医療院				
サービス提供単位3	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型			□ ユニット型				
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	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
	介護医療院従事人数	常 勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常 勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員			人					
		入所者1人あたり最小床面積			㎡					
	廊下	片廊下の幅			m					
		中廊下の幅			m					
	機能訓練室面積				㎡					
	食堂（共同生活室）面積				㎡	□耐火建築物 □準耐火建築物 □その他				
	入所者の予定数				人					
	一日当たりの通所総利用者予定数				人					
	建物の構造									
	入所定員				人					
サービス提供単位4	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型			□ ユニット型				
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	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
	介護医療院従事人数	常 勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常 勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員			人					
		入所者1人あたり最小床面積			㎡					
	廊下	片廊下の幅			m					
		中廊下の幅			m					
	機能訓練室面積				㎡					
	食堂（共同生活室）面積				㎡					
	入所者の予定数				人					
	一日当たりの通所総利用者予定数				人					
	建物の構造					□耐火建築物 □準耐火建築物 □その他				
	入所定員				人					

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	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)										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
その他(年末年始休日等)									

営業時間		: ～ :	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :	
	土曜日	: ～ :	
	日曜日・祝日	: ～ :	
サービス提供時間		: ～ :	
利用定員		人	

サービス提供単位4

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	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)										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
その他(年末年始休日等)									

営業時間		: ～ :	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :	
	土曜日	: ～ :	
	日曜日・祝日	: ～ :	
サービス提供時間		: ～ :	
利用定員		人	