

人員基準チェックリスト（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション）

事業所名称 _____

職 種	基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
医 師	<input type="checkbox"/> リハビリテーションの提供に当たるために必要な1以上の数を配置している。 <input type="checkbox"/> 常勤である。 <input type="checkbox"/> 専従である。 <input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護医療院の医師を兼務している。 <input type="checkbox"/> 病院・診療所の常勤医師と兼務している。
従業者	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数配置している。