

指定介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所）

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------|----------------|-------------------|---------|--------|------|
| 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 | | | | | |
| 病床の種類別 | 病室数 | 病床数 | 平均入院患者数 | 入院患者の推定数（申請に係る部分） | | | |
| | | | | 病室数 | 病床数 | *完全型 | *転換型 |
| | 療養病床 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| | 計 | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | 看護職員 | | 介護職員 | | 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） | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数（人） | | | | | | |
| | ※ 基準上の必要人数（人） | | | | | | |
| ※ 適合の可否 | | | | | | | |
| 設備基準項目 | | | | ※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 ² | m ² 以上 | | | |
| 廊 下 | 片廊下の幅 | | m | m以上 | | | |
| | 中廊下の幅 | | m | m以上 | | | |
| 食堂の面積 | | | m ² | m ² 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 医 療 機 関 | 名 称 | | | | 診 療 科 名 | | |
| | 名 称 | | | | 診 療 科 名 | | |

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 *印の欄は、該当するものに○を記入すること。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。