

(別紙様式2) 医療機能調査票2【維持期(療養病床を有する施設等)】

機能	項目		氏名及び診療科名等
人員に関する機能	スタッフ・体制	担当医 (常勤1名以上)	
		理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士 いずれか1名以上	
設備に関する機能	リハビリ設備	機能訓練室の床面積 (合計)	平方メートル
		主なリハビリ機械・器具	

< 参 考 >

脳卒中の症例に関する実績について <sup>注1)</sup> (実数)	入院(所)中にケアプランを作成した患者数	人
	地域連携クリティカルパスの利用件数 <sup>注2)</sup>	件
届出区分(該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ
		脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ
		脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ
		在宅療養支援診療所
指定居宅サービスの有無(該当の場合は○)		訪問看護ステーション
		通所リハビリテーション
		訪問リハビリテーション

注1) 前年度4月1日～3月31日までの実績を記載

注2) 患者や紹介先医療機関に対し治療経過等を説明するため「岡山県の脳卒中地域連携診療計画書」等を利用した件数を記載