

(別紙様式 2)

医療機能調査票2【維持期(在宅医療)】

| 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・ 言語聴覚士等 ^{注1)} いずれか1名以上 | |
| | | 日頃から連携できる 介護支援専門員 | 有 ・ 無 |

< 参 考 >

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------|
| 脳卒中の症例に関する実績について ^{注2)} (実数) | 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 ^{注3)} | 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 |
| 指定居宅サービス基準(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) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の従事者の要件とされている「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」を受講している
看護師、准看護師、柔道整復師を含む

注2) 前年度4月1日～3月31日までの実績を記載

注3) 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