

事前提出資料

通所リハビリテーション

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

通所リハビリテーション

法人（開設者）の名称			
法人（開設者）の所在地	〒		
連絡先	TEL Eメール	Fax	
代表者職名		代表者氏名	

事業所番号		指定年月日		年	月	日
事業所の名称						
事業所所在地	〒					
連絡先	TEL Eメール	Fax				
同一敷地内にある他の施設等						
営業日		営業時間		指定単位数		
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別				定員		

1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有 無
他の職種との兼務	有 無	兼務している他施設の名称とその職種	

2. 従業者の人数

	担当医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護・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									()	()
非常勤									()	()

注) 経験看護師については、() 書きで再掲して下さい。

3. 専用の部屋の面積や設備について

専用の部屋の面積	m ²	他の事務所との共用の有無	有 無
他の事務所との共用がある場合	共用する事務所の名称		

4. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

月締めで徴収している その他

入金方法： 現金 ・ 銀行等振込み ・ 口座引落とし ・ その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

5. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を整えているか。

① 記録している ② 記録していない

6. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

苦情処理担当職員の氏名	
〃 の資格	
苦情処理件数（過去1年間）	件

7. 加算・減算の届出状況

(1) 施設区分 通常規模 大規模 大規模（一定の要件を満たす）

(2) 加算

理学療法士等体制強化加算	有	無
7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話をを行う場合	有	無
リハビリテーション提供体制加算	有	無
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無
入浴介助加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
リハビリテーションマネジメント加算	有（イ・ロ・ハ）	無

リハビリテーションマネジメント加算に係る 医師による説明	有	無
短期集中個別リハビリテーション実施加算	有	無
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
生活行為向上リハビリテーション実施加算	有	無
若年性認知症利用者受入加算	有	無
栄養アセスメント加算	有	無
栄養改善加算	有	無
口腔・栄養スクリーニング加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
口腔機能向上加算	有（Ⅰ・Ⅱイ・Ⅱロ）	無
重度療養管理加算	有	無
中重度者ケア体制加算	有	無
科学的介護推進体制加算	有	無
退院時共同指導加算	有	無
移行支援加算	有	無
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
介護職員等処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）	無

(3) 減算

職員の欠員による減算	医師 PT OT ST 看護職員 介護職員 無
定員超過による減算	有 無
高齢者虐待防止措置未実施減算	有 無
業務継続計画未策定減算	有 無
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用 する者に通所リハビリテーションを行う場合	有 無
送迎減算	有 無