

(別紙様式 2)

医療機能調査票 2 【回復期】

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	リハビリテーション医等 (2名以上)	
		理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士 (常勤4名以上)	
		リハビリテーション科標榜	有 ・ 無
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
		主なリハビリテーション機械・ 器具	
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
			回復期リハビリテーション病棟入院料

< 参 考 >

脳卒中の症例に関する実績について ^{注1)} (実数)	リハビリテーション実施患者数	人
	入院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 ^{注2)}	件

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