

(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 <sup>注1)</sup> 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

## &lt; 参 考 &gt;

脳卒中の症例に関する実績について <sup>注2)</sup> (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 <sup>注3)</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