

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|
| ① | 直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数 | 名 | |
| ② | 直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数 | 日 | |
| ③ | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi) | 単位 | |
| 再掲 | i | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | vi | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ④ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②) | 単位 | |

(算出期間 : 年 月 日～ 年 月 日)