様式43の２

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の常勤医師１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専任の常勤医師２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専任の常勤医師３ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専従の従事者１	氏名	
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専従の従事者２ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専従の従事者３ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講
専従の従事者４ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　（　非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　（　未受講

専用施設及び器具等		記入欄
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	㎡
	個別療法室 ※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること	㎡
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	
	□ 訓練マット　□ 各種歩行補助具 □ 治療台　□ 各種測定用器具（角度計、握力計等） □ 砂嚢などの重錘 □ その他　（　）	

［記載上の注意］

1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも

4 専従の従事者について、がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であるこ