**訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション人員等確認表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　 年　 　月　　 日 |  |
| 事業所名 |  | |

□　記載にあたっての留意事項

（１）チェック項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。

（２）広域福祉課確認欄には記載しないでください。

人員基準が満たされていない場合は、更新できません。

チェック項目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内容 | 適 | 不適 | 広域福祉課確認欄 |
| １　医師 | ○専任の常勤医師が1人以上配置されているか。 | □ | □ |  |
| ２　理学療法士  　　作業療法士  　　言語聴覚士 | 〇1人以上配置されているか。 | □ | □ |  |
| ３　管 理 者 | ○管理者の交代があった場合には、遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。 | □ | □ |  |