

別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

1 施設の状況

1	施設の種類(注1)	
2	施設の名称	
3	所在地	
4	開設(経営)主体	
5	代表者職氏名	
6	定員	名(短期名)
7	電話番号	担当者

2 併設する保険医療機関の状況(注2)

1	併設医療機関の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
2	医療機関の名称	
3	所在地	
4	開設(経営)主体	
5	開設者名	

3 配置医師の契約状況(注3、注4、注5)

1	配置医師の区分	<input type="checkbox"/> 医師個人 ・ <input type="checkbox"/> 医療機関又は医療法人	
2	配置医師の氏名等		
3	専門の診療科名		
4	委託契約の内容	契約書	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		契約期間	年 月 日～ 年 月 日
		勤務状況	1か月 日 1週間 日 () 曜日 () 曜日 () 曜日
5	所属医療機関名		
6	所在地		

[記入上の注意]

注1 施設の種類の欄には、次のいずれかに該当するものを記入すること(複数の施設がある場合は当該様式を複写のうえ、別葉で提出すること。)

「養護老人ホーム(定員111名以上)」、「特別養護老人ホーム」、「指定短期入所生活介護事業所」、「指定介護予防短期入所生活介護事業所」、「指定障害者支援施設」、「児童心理治療施設」、「療養介護事業所」

※ 指定短期入所生活介護事業所については、特別養護老人ホーム併設型、養護老人ホーム併設型、単独型、基準該当型(併設・単独)にかかわらず提出すること。

注2 「併設する保険医療機関の状況」は、施設内に九州厚生局から指定を受けている保険医療機関が存在する場合に記入すること。

注3 「配置医師の契約状況」について、委託契約が医師個人との契約であるのか、それとも医療機関や医療法人との契約であるのかについて「配置医師の区分」欄のいずれかに☑すること。また、委託契約が医療機関や医療法人との契約である場合は、「配置医師の氏名等」欄には医療機関名又は医療法人名を記入すること。なお、医療機関や医療法人との契約であっても、配置医師が確定している場合は当該医師の氏名を記入すること。

注4 配置医師を複数の医師(若しくは医療機関又は医療法人)と契約している場合は、当該様式を複写のうえ、配置医師ごとに別葉で提出すること。

注5 直近の委託契約書の写しを添付すること。