



日本慢性期医療協会 正会員入会申込書

日本慢性期医療協会会長 殿

日本慢性期医療協会正会員に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

施設名 _____

会員登録者氏名 _____ 印

ふりがな 施設名				※正会員の対象は施設単位です。
ふりがな 開設主体 (法人名)				
ふりがな 会員登録者氏名		役職名		
ふりがな 連絡担当者氏名		役職名 部 署		
ふりがな 開設者氏名		役職名		
施設種別	病院・有床診療所・無床診療所・介護療養型老健・ 介護老人保健施設(従来型)・介護老人福祉施設(特養) 上記以外⇒()		総病床数 定員数	床・名
開院年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
住 所	(〒 -)			
T E L.		F A X.		
ホームページ		E-mail		

※「会員登録者氏名」は病院・施設等の代表となる方のお名前です。会員登録者様宛に入会金・年会費の請求書をお送りいたします。また、会員名簿掲載のお名前も会員登録者氏名となります。

※E-mailは会員情報メール送信先となりますので、必ずご記入下さい。

* 紹介者がいる場合は、下記にご記入下さい。

紹介者氏名	施設名
-------	-----

以下は、該当する箇所について記入して下さい。

1. **有床診療所の場合は、病床数の内訳を記入して下さい。**

介護療養病床	床
医療療養病床	床
一般病床・その他	床

2. **病院の場合は、病床数の内訳を記入して下さい。**

【介護保険】

介護保険病床総数	床	*
介護療養型医療施設	床	*
老人性認知症疾患療養病棟	床	*
経過型介護療養型医療施設	床	*

【医療保険】

医療保険病床総数	床	
一般病床総数	床	
特殊疾患 1	床	*
特殊疾患 2	床	*
回復期リハ	床	*
地域包括ケア病棟（病床）	床	*
障害者施設等入院基本料	床	*
緩和ケア	床	*
1 5 対 1	床	*
1 3 対 1	床	*
1 0 対 1	床	
7 対 1	床	
上記以外	床	
療養病床総数	床	*
療養病棟 2 0 対 1	床	*
療養病棟 2 5 対 1	床	*
回復期リハ	床	*
地域包括ケア病棟（病床）	床	*
上記以外	床	*
精神病床総数	床	
認知症治療病棟	床	*
特殊疾患 2	床	*
上記以外	床	
その他の病床	床	

※年会費算定の対象病床は
（*）の病床数が基本となりますが、それ以外にも慢性期医療に携わるすべての病床を対象と致します。



慢性期医療対象病床数

計	床
---	---

3. 関連施設について該当する番号を○で囲み、施設数、総定員数をご記入下さい。(併設・関連法人立を含む)

- 1. 病院 ⇒ 施設数 () カ所、総病床数 () 名
- 2. 介護療養型老人保健施設 ⇒ 施設数 () カ所、総定員数 () 名
- 3. 介護老人保健施設 ⇒ 施設数 () カ所、総定員数 () 名
- 4. 介護老人福祉施設 (特養) ⇒ 施設数 () カ所、総定員数 () 名
- 5. 認知症対応型入所者生活介護 (グループホーム) ⇒ 施設数 () カ所、総定員数 () 名
- 6. ケアハウス ⇒ 施設数 () カ所、総定員数 () 名
- 7. 居宅介護支援事業所 ⇒ 施設数 () カ所
- 8. 訪問看護ステーション ⇒ 施設数 () カ所
- 9. 通所リハビリテーション (デイケア) ⇒ 施設数 () カ所
- 10. 通所介護 (デイサービス) ⇒ 施設数 () カ所
- 11. 地域包括支援センター ⇒ 施設数 () カ所
- 12. ヘルパーステーション ⇒ 施設数 () カ所
- 13. 在宅療養支援診療所 ⇒ 施設数 () カ所
- 14. 上記以外の診療所 ⇒ 施設数 () カ所

4. 在宅サービスの実施について、該当する番号を○で囲んで下さい。

- 1. 訪問診療
- 2. 訪問看護
- 3. 訪問リハビリテーション
- 4. 訪問入浴介護
- 5. 夜間対応型訪問看護
- 6. 配食サービス
- 7. 通所療養看護
- 8. 認知症対応型通所介護
- 9. 短期入所療養介護
- 10. 短期入所生活介護
- 11. 小規模多機能型居宅介護

5. 在宅療養支援病院・診療所の指定 有 ・ 無

6. リハビリ施設基準について、該当する番号を○で囲んで下さい。

- 1. 回復期リハビリテーション病棟
- 2. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ)
- 3. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ)
- 4. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ)
- 5. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ)
- 6. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)
- 7. 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)
- 8. 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ)
- 9. 運動器リハビリテーション (Ⅲ)
- 10. 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ)
- 11. 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)
- 12. 難病患者リハビリテーション料
- 13. 障害児 (者) リハビリテーション料

7. 機能評価について

- 慢性期医療認定病院 有 ・ 無
- 日本医療機能評価機構認定 有 ・ 無
- ISO9001認定 有 ・ 無

申込書送付先:FAX. 03-3355-3122