



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

施設名	(ふりがな)				※正会員の対象は施設単位です。	
開設主体名 (法人名)	(ふりがな)					
会員登録者	氏名	(ふりがな)		役職名		
	出身 大学名			卒業年	(西暦)	年
	医学部卒業後、 入局した医局名			ご専門 分野		
連絡担当者 氏名	(ふりがな)			役職名 部署		
開設者氏名	(ふりがな)			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	(西暦) 年 月 日					
住所	(〒 -)					
TEL.			FAX.			
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