

様式 5 の 3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料イ

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 |
|---------------------------------------------|-----|-----------------------------|
| 1 緩和ケアの研修 を修了した医師 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 2 がん患者の看護 に従事した経験を 5 年以上有する専任の 看護師 | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 3 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること | | <input type="checkbox"/> 該当 |

〔記載上の注意〕

- 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書（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。
- 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（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。
- 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料ロに記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料ロ

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 |
|--------------------------------------------|-----|------|
| 1 緩和ケアの研修 を修了した医師又は 公認心理師 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師 | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |

[記載上の注意]

- 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書（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。
- 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（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。
- 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料イに記載した者と重複して差し支えない。

3 がん患者指導管理料ハ

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 |
|-------------------------------------------|-----|-------|
| 1 がん化学療法の 経験を5年以上有する 医師 | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師 | | 年（ 年） |
| | | 年（ 年） |
| | | 年（ 年） |
| | | 年（ 年） |
| | | 年（ 年） |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」については、薬剤師としての業務に従事した経験を経験年数欄に記載し、うち化学療法に係る業務に従事した経験を（ ）内に再掲すること。また、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

4 がん患者指導管理料ニ

| | |
|---------------------------|-------|
| 1 BRCA1／2遺伝子検査の実施施設としての届出 | 有 ・ 無 |
|---------------------------|-------|