

院内トリアージ実施料
夜間休日救急搬送医学管理料
の救急搬送看護体制加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

| | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 院内トリアージ実施料 | <input type="checkbox"/> | 救急搬送看護体制加算 | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|

2 院内トリアージ又は救急搬送対応の体制

(□には、該当する場合「✓」を記入すること。)

| 区 分 | | 氏 名 | 職 種 |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|
| 院内トリアージ (院内トリアージ実施料) | 救急搬送対応 (救急搬送看護体制加算) | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 |

3 院内トリアージの実施基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| | |
|------------------|--------------------------|
| 院内トリアージの実施基準の作成 | <input type="checkbox"/> |
| 院内トリアージの実施基準の作成日 | 年 月 日 |

4 救急用の自動車等による搬送実績

| | |
|---------------------|-------|
| 1年間の救急用の自動車等による搬送件数 | () 件 |
|---------------------|-------|

[備考]

- 1 院内トリアージ実施料を届け出る場合は1から3を、救急搬送看護体制加算を届け出る場合は1、2及び4を記入すること。
- 2 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 院内トリアージ実施料を届け出る場合は、トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。