

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 | □ | 救急搬送看護体制加算 1 | □ |
|            |   | 救急搬送看護体制加算 2 | □ |

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 | 救急医療の<br>経験年数 | 職 種           |
|-------------------------|------------------------|-----|---------------|---------------|
| 院内トリアージ<br>(院内トリアージ実施料) | 救急搬送対応<br>(救急搬送看護体制加算) |     |               |               |
| □                       | □                      |     | 年             | □ 医師<br>□ 看護師 |
| □                       | □                      |     | 年             | □ 医師<br>□ 看護師 |
| □                       | □                      |     | 年             | □ 医師<br>□ 看護師 |
| □                       | □                      |     | 年             | □ 医師<br>□ 看護師 |
| □                       | □                      |     | 年             | □ 医師<br>□ 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  | □     |
| 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 | 年 月 ~ 年 月<br>( ) 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、救急医療に従事した年数を記載すること。
- 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。