

排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 区 分 | 氏 名 | 備考 |
|------------------------------|-----|--|
| ア 医師 | | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3 年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講 |
| イ 専任の常勤看護師 | | <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3 年以上の経験 |
| ウ 専任の常勤理学療法士 又は専任の常勤作業療法士 | | |

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 作成／周知 | マニュアルに含まれている内容 |
|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 作 成 | <input type="checkbox"/> スクリーニングの方法 |
| <input type="checkbox"/> 周 知 | <input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法 |

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 実施 | 内容 |
|-------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 実 施 | 実施日 () |
| <input type="checkbox"/> 実施予定 | 実施予定日 () |

〔記載上の注意〕

- 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、3 年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3 年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。