

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

※ 専任の非常勤従事者を組み合わせた場合を含む。

| | 常勤 換算 | 氏名 | 資格取得 年月日 | 直近 2 年以内 の経験症例数 | 研修受講 |
|---|--------------------------|----|-------------|--------------------|--------------------------|
| 専任常勤医師 | <input type="checkbox"/> | | | 例 | <input type="checkbox"/> |
| 専任常勤医師 | <input type="checkbox"/> | | | 例 | <input type="checkbox"/> |
| 専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 (該当するものに○) | <input type="checkbox"/> | | | 例 | <input type="checkbox"/> |
| 専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 (該当するものに○) | <input type="checkbox"/> | | | 例 | <input type="checkbox"/> |

2. その他の従事者の状況

| 職種 | 氏名 | 資格取得年月日 | 資格取得後に業務に 従事した 保険医療機関の名称 | 研修受講 |
|----|----|---------|--------------------------------|--------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> |

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数 () 回 (対象期間 年 月～ 年 月)

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

| 保険医療機関名 | リンパ浮腫指導 管理料算定回数 | 対象期間 | 診断等に係る 連携 | 合併症治療に係る 連携 |
|---------|--------------------|------|--------------|----------------|
| | | | | () |
| | | | | |

5. 器械・器具等の状況

☐歩行補助具 ☐治療台 ☐各種測定用器具 (巻尺等)

[記載上の注意]

- 1 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- 2 □には該当する場合に「✓」を記入すること。
- 3 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 4 「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 5 「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。
- 6 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等。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。