

## 短期滞在手術等基本料 1 の施設基準に係る届出書添付書類

|  |                 |         |                |          |
|--|-----------------|---------|----------------|----------|
| 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等のうち、<br>検査のみを実施する保険医療機関 |                 |         | 該当・非該当         |          |
| 当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医                        |                 |         |                |          |
| 氏 名  | 麻 酔 科 標 榜 許 可 書 |         | 勤務開始日          |          |
|  | 許 可 年 月 日       | 登 録 番 号 |                |          |
|  | 年 月 日           |         | 年 月 日          |          |
|  |                 |         |                |          |
|  |                 |         |                |          |
|  |                 |         |                |          |
|  |                 |         |                |          |
| 自院における緊急対応                                 |                 | 可・不可    |                |          |
| (不可の場合、密接に提携している保険医療機関名)<br>_____          |                 |         |                |          |
| 当該回復室<br>の概要                               | 回復室の面積          | 病床数     | 1 床当たり床面積      | 1 日平均患者数 |
|  | m <sup>2</sup>  | 床       | m <sup>2</sup> | 名        |
| 当該回復室<br>の従事者                              | 看護師             |         | 日勤 名           | 準夜勤 名    |

## [記載上の注意]

- 1 「短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等のうち、検査のみを実施する保険医療機関」に該当する場合、当該項目以降の記載は不要であること。
- 2 麻酔科標榜医は全身麻酔を伴う手術等を行う場合のみ記入すること。