様式７

〔地域連携小児夜間・休日診療料１ / 地域連携小児夜間・休日診療料２〕の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を〇で囲むこと

１　近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

２　当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

（氏名を記入）

３　緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア　自医療機関　　イ　連携医療機関　　（いずれかに〇をつけること。）

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに〇をした場合に限る。）

［記載上の注意］

１　地域連携小児夜間・休日診療料２の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。

２　届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料２」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が６歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

３　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。