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、							該当・非該当						
検査のみを実施する保険医療機関													
当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医													
氏 名	5	麻酔科標				1				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	心												
(不可の場合、密接に提携している保険医療機関名)													
当該回復室	回復室	の面積	病原	末数	1床	1床当たり床面積			1日平均患者数				
の概要		n	n	床				m²				名	
当該回復室	看護師		•		日	勤	;	名	準征	复勤		名	
の従事者													

[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。