

様式 1 の 2

外来栄養食事指導料の注 2、注 3 に規定する施設基準に係る
届出書添付書類

1. 届出

(□には、該当するものに「レ」を記入すること。)

| | |
|-----|--------------------------|
| 注 2 | <input type="checkbox"/> |
| 注 3 | <input type="checkbox"/> |

2. 注 2 に係る届出内容

| 悪性腫瘍患者の栄養管理に関する専門的な知識を有する常勤管理栄養士の氏名等 | | |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 常勤管理栄養士の氏名 | 外来化学療法を実施している医療機関の勤務年数 | 栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の経験年数 |
| | 年 | 年 |
| | 年 | 年 |

[記載上の注意]

- 届出に当たっては、外来化学療法を実施している医療機関に 5 年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の 3 年以上の経験を有する管理栄養士であること。
- 当該届出は、区分番号「B001-2-12」の「注 6」に規定する連携充実加算の届出を行っている保険医療機関のみが可能であること。

3. 注 3 に係る届出内容

| 専任の常勤 管理栄養士 | 氏 名 | 栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の経験年数 |
|----------------|-----|-----------------------------|
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |

[記載上の注意]

届出に当たっては、悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の 3 年以上の経験を有する専任の管理栄養士であること。