

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）

- (1) 当該医療機関のみで確保
- (2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保
 - ・ 名称：
 - ・ 開設者：
- (3) 連携保険医療機関のみで確保
 - ・ 名称：
 - ・ 開設者：

2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）

- (1) 担当者が固定している場合
- (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することとで差し支えない。）
 - ・ 担当医師名：
 - ・ 看護職員名：
 - ・ 臨床工学技士名：
 - ・ 連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。