

様式 20 の 3 の 2

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制

( 有 ・ 無 )

2 緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制

( 有 ・ 無 )

3 常勤医師に係る要件

呼吸器科について3年以上の経験を 有する常勤の医師の氏名	経験年数
	年

4 看護師に係る要件

呼吸器科について3年以上の経験を 有する看護師の氏名	経験年数
	年

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」の経験年数については、呼吸器科における経験年数を記載すること。
- 「3」及び「4」については、医師及び看護師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4に添付すること。また、当該医師及び看護師の経歴（当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。