

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を<br>策定している疾患名 | 担当医師 |
|------------------------|------|
|                        |      |

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

| 保険医療機関の名称 | 連絡先 |
|-----------|-----|
|           |     |

(2) (1) の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

| 連携先 ( ) 件 |     |
|-----------|-----|
| 連携施設の名称   | 連絡先 |
|           |     |
|           |     |
|           |     |
|           |     |

(3) (2) の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

| 連携先 ( ) 件 |     |
|-----------|-----|
| 連携施設の名称   | 連絡先 |
|           |     |
|           |     |
|           |     |
|           |     |

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

| 連携先 ( ) 件 |             |
|-----------|-------------|
| 連携施設の名称   | 過去 1 年間の面会日 |
|           |             |
|           |             |
|           |             |
|           |             |

[記載上の注意]

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 12 の 2 を参考にすること。