

ハイリスク妊娠管理加算
 ハイリスク分娩管理加算

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

| |
|--|
| |
|--|

2 年間分娩件数

| | |
|--------|---|
| 年間分娩件数 | 件 |
|--------|---|

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

| | 常勤換算 | 氏名 | 診療科 | 勤務形態 |
|---|--------------------------|----|-----|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | | | 常勤・非常勤 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | | | 常勤・非常勤 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | | | 常勤・非常勤 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | | | 常勤・非常勤 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | | | 常勤・非常勤 |

※ ハイリスク妊娠管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する1名以上の医師を記載すること。

※ ハイリスク分娩管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する3名以上の常勤の医師を記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

4 常勤の助産師

| | 氏名 |
|---|----|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

5 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。