

院内トリアージ実施料
夜間休日救急搬送医学管理料
の救急搬送看護体制加算

の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「✓」を記入すること。)

院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------

2 院内トリアージ又は救急搬送対応の体制

(□には、該当する場合「✓」を記入すること。)

区 分		氏 名	職 種
院内トリアージ (院内トリアージ実施料)	救急搬送対応 (救急搬送看護体制加算)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

3 院内トリアージの実施基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

院内トリアージの実施基準の作成	<input type="checkbox"/>
院内トリアージの実施基準の作成日	年 月 日

4 救急用の自動車等による搬送実績

1年間の救急用の自動車等による搬送件数	() 件
---------------------	-------

[備考]

- 1 院内トリアージ実施料を届け出る場合は1から3を、救急搬送看護体制加算を届け出る場合は1、2及び4を記入すること。
- 2 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 院内トリアージ実施料を届け出る場合は、トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。