

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| 区 分 | 氏 名 | | 経験年数 |
|--|--------------------------|--|------|
| | 常勤 換算 | | |
| 1 糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師 | | | |
| | | | |
| | | | |

〔記載上の注意〕

- 「1」については、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。
- 「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の看護師について、糖尿病足病変の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。