

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 体制に係る要件

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 当該病棟で算定している入院基本料等 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名 | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する公認心理師名 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名 | |

2 実績に係る要件

| | |
|----------------------------|--|
| 当該保険医療機関における前年度の摂食障害の入院患者数 | |
|----------------------------|--|

[記載上の注意]

- 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。
- 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。