

抗菌薬適正使用支援加算に係る届出書添付書類

抗菌薬適正使用支援加算チーム（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏 名	勤務形態	専従・専任	経験年数	研修
ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	
		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師				年	<input type="checkbox"/>
				年	<input type="checkbox"/>
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師				年	
				年	
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	
				年	

〔記載上の注意〕

- 1 イに掲げる看護師が感染防止対策に係る適切な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。
- 2 抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。