

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

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

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 | |

〔記載上の注意〕

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。