

様式20の4

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

|   |
|---|
| 1 当該病院の許可病床数_____床                                  |
| 2 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制                         |
| (1) 担当者が固定している場合:                                   |
| (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)       |
| ・担当者名:  |
| ・連絡先:   |
| 3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。                           |
| (1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が 24 時間可能な体制を確保している。      |
| (2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。 |
| (3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。            |

[記載上の注意]

- 1 24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。
- 2 様式 20 の5を添付して届出を行うこと。