

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | |
|--|-------------------|
| 1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない) | |
| 2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った 1 月間の患者数 (実績期間 年 月) | 人 |
| 3 A B I 検査 0.7 以下又は S P P 検査 40mmHg 以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない) | |
| 4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科 名称 : | |
| ア 循環器科 | 循環器科の標榜 (有 ・ 無) |
| イ 胸部外科又は血管外科 | 標榜する診療科 () |
| ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科 | 標榜する診療科 () |
| 5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無) | |

[記載上の注意]

「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の名称を記入すること。