

様式 20 の 2

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）
  - (1) 当該医療機関のみで確保
  - (2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保
    - ・名称：
    - ・開設者：
  - (3) 連携保険医療機関のみで確保
    - ・名称：
    - ・開設者：
- 2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）
  - (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（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）
    - ・担当医師名：
    - ・看護職員名：
    - ・臨床工学技士名：
    - ・連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。