

様式 13 の 4

外来排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立支援加算のチームとの関係

(該当する□に「✓」を記入すること。)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 排尿自立支援加算と同一のチームであり、届出済み
(※2の記載は不要) |
| <input type="checkbox"/> 排尿自立支援加算と同一のチームであり、排尿自立支援加算も同時に届出
(※2の記載は不要であり、排尿自立支援加算の届出様式に記載すること) |
| <input type="checkbox"/> 排尿自立支援加算とは異なるチームを届出
(※2を記載すること) |

2 外来における排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区分	氏名	備考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士 又は専任の常勤作業療法士		<input type="checkbox"/> 経験(有・無)

[記載上の注意]

- 「1」において「排尿自立支援加算とは異なるチームを届出」に「✓」を記入した場合に限り、「2」を記載すること。
- 「2」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科()内に記載し、適切な研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。イに掲げる看護師については、所定の研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験の有無を記載すること。