

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関 等名	所在地	経験年数	褥瘡に係 る経験年 数	研修の有 無
				年	年	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

〔記載上の注意〕

- 「1」の在宅褥瘡管理者については、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。
- 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。