

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 当該医療機関のみで確保</li><li>(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保<ul style="list-style-type: none"><li>・ 名称：</li><li>・ 開設者：</li></ul></li><li>(3) 連携保険医療機関のみで確保<ul style="list-style-type: none"><li>・ 名称：</li><li>・ 開設者：</li></ul></li></ul> |
| <p>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。）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 担当者が固定している場合</li><li>(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とで差し支えない。）<ul style="list-style-type: none"><li>・ 担当医師名：</li><li>・ 看護職員名：</li><li>・ 臨床工学技士名：</li><li>・ 連絡先：</li></ul></li></ul>                                          |

[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。