

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）			
・ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合			
・ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合			
1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 常勤医師の氏名及び経験年数			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	研修修了 年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績			
新規導入患者数（過去一年間）	名		
通院患者数	名		
4 常勤看護師又は薬剤師の氏名及び経験年数			
常勤看護師又は薬剤師の氏名	持続皮下インスリン注入 療法に従事した経験年数	研修修了 年月日	
	年		
	年		
	年		

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
なお、適切な研修の修了を証する文書の写し(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。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。
- 4 「4」については、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合に記入すること。常勤看護師又は薬剤師は糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写し(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。
- 5 、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、「2」の常勤医師及び「4」の常勤看護師又は薬剤師については、該当するすべての医師、看護師、薬剤師について記載すること。