

様式 20 の 11

在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について 5 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	大腸肛門疾患の診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
2 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について 3 年以上の経験を有する専任の看護師の氏名等		
看護師の氏名	勤務時間	排便障害を有する患者の看護の経験年数
	時間	年
	時間	年

[記載上の注意]

- 1 「1」及び「2」の医師・看護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。