

様式 20 の 3 の 2

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制

(有 ・ 無)

2 常勤医師に係る要件

| 呼吸器内科について3年以上の経験を 有する常勤の医師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 |
|----------------------------------|------|------|
| | 時間 | 年 |

3 看護師に係る要件

| 呼吸器内科について3年以上の経験を 有する看護師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 |
|--------------------------------|------|------|
| | 時間 | 年 |

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」の経験年数については、呼吸器内科における経験年数を記載すること。
- 「2」及び「3」については、医師及び看護師の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。