

様式 42 の 2

〔 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

|  |                          |                          |                         |                   |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| 当 該 治 療 室<br>の 従 事 者   | 専 任 医 師                  |                          | 日 勤 名 当 直 名 その他 名       |                   |
|  | 当 該 病 院 に 勤 務 す る 麻 酔 医  |                          | 名                       |                   |
|  | 看 護 師                    |                          | 日 勤 名 準 夜 勤 名 その他 名     |                   |
| 当 該 治 療 室<br>の 概 要   | 病 床 面 積                  | 病 床 数                    | 1 床 当 た り の 床 面 積       | 1 日 平 均 取 扱 患 者 数 |
|  | 平方メートル                   | 床                        | 平方メートル                  | 名                 |
| 直近 1 年間の出生体重 1,000g 未満の新生児の新規入院患者数（注 1）                        |                          |                          |                         | 名                 |
| 直近 1 年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数（注 1） |                          |                          |                         | 件                 |
| 直近 1 年間の出生体重 2,500g 未満の新生児の新規入院患者数（注 2）                        |                          |                          |                         | 名                 |
| 装 置 ・ 器 具  | 配 置 場 所                  |                          | 装 置 ・ 器 具 の 名 称 ・ 台 数 等 |                   |
|  | 治 療 室 内                  | 病 院 内                    |                         |                   |
| 救 急 蘇 生 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 除 細 動 器  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| ペ ー ス メ ー カ ー  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 心 電 計  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| ポ ー タ ブ ル エ ッ ク ス 線 撮 影 装 置                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 呼 吸 循 環 監 視 装 置  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 人 工 呼 吸 装 置  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 新 生 児 用 人 工 換 気 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 経 皮 的 酸 素 分 圧 監 視 装 置 又 は 経 皮 的 動 脈 血 酸 素 飽 和 度 測 定 装 置        | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 酸 素 濃 度 測 定 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 光 線 療 法 器  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 微 量 輸 液 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 分 娩 監 視 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 超 音 波 診 断 装 置  | <input type="checkbox"/> |                          |                         |                   |
| 心 電 図 モ ニ タ ー 装 置  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 自 家 発 電 装 置  |                          | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 電 解 質 定 量 検 査 装 置  |                          | <input type="checkbox"/> |                         |                   |
| 血 液 ガ ス 分 析 装 置  |                          | <input type="checkbox"/> |                         |                   |

〔記載上の注意〕

- 1 [ ] 内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料 1、新生児特定集中治療室管理料 2、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別葉とすること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 6 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。なお、新生児特定集中治療室管理料 1、新生児特定集中治療室管理料 2、又は新生児治療回復室入院医療管理料を届け出る場合は、新生児用呼吸循環装置は当該治療室内に常時備えていること。
- 7 注 1 については、新生児特定集中治療室管理料 1 又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 8 注 2 については、新生児特定集中治療室管理料 2 を届け出る場合のみ記載すること。