

様式 7 の 3

院内トリアージ実施料
夜間休日救急搬送医学管理料
の救急搬送看護体制加算 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	救急搬送看護体制加算 1	<input type="checkbox"/>
		救急搬送看護体制加算 2	<input type="checkbox"/>

2 院内トリアージ又は救急搬送対応の体制

(□には、該当する場合「✓」を記入すること。)

区分		氏名	救急医療の経験年数	職種
院内トリアージ (院内トリアージ実施料)	救急搬送対応 (救急搬送看護体制加算)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

3 院内トリアージの実施基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

院内トリアージの実施基準の作成	<input type="checkbox"/>
院内トリアージの実施基準の作成日	年 月 日

4 救急用の自動車等による搬送実績

1年間の救急用の自動車等による搬送件数	年 月 ~ 年 月 () 件
---------------------	--------------------

[記載上の注意]

- 院内トリアージ実施料を届け出る場合は 1 から 3 を、救急搬送看護体制加算を届け出る場合は 1、2 及び 4 を記入すること。
- 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に従事した年数を記載すること。
- 院内トリアージ実施料を届け出る場合は、トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。