

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関が満たす基準（該当する区分に○）				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟入院基本料 ・ 7 対 1 入院基本料 ・ 10 対 1 入院基本料 ・ 13 対 1 入院基本料 ・ 15 対 1 入院基本料 ・ 18 対 1 入院基本料 ・ 20 対 1 入院基本料 ・ 有床診療所入院基本料 1 ・ 有床診療所入院基本料 4 				
当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医				
氏 名		麻 酔 科 標 榜 許 可 書		勤務開始日
		許 可 年 月 日	登 録 番 号	
		年 月 日		年 月 日
自院における緊急対応		可・不可		
（不可の場合、密接に提携している保険医療機関名） _____				
当該回復室	回復室の面積	病床数	1 床当たり床面積	1 日平均患者数
の概要	m ²	床	m ²	名
当該回復室	看護師		日勤 名	準夜勤 名
の従事者				

〔記載上の注意〕

当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術等基本料 1 に係る届出の場合のみ記入すること。