

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の氏名等

	常勤医師又は看護師の氏名	診療科名	静脈疾患に係る診療の経験年数	勤務時間	所定の研修修了年月日
専任の常勤 医師			年	時間	
			年	時間	
			年	時間	
専任の常勤 看護師				時間	
				時間	
				時間	

2. 検査機器の状況等

☐ 血管超音波検査

☐ その他（機器の名称及び目的を記載：_____）

☐ 他の医療機関と連携（連携医療機関の名称：_____）

[記載上の注意]

- 「1」の常勤従事者については、該当するすべての医師及び看護師について記載すること。常勤医師及び常勤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。
- 「1」の所定の研修の修了については、看護師が修了している場合も修了年月日を記入すること。なお、医師及び看護師の研修の内容及び修了が確認できる文書（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。
- 「2」の検査機器の状況等については、当該保険医療機関に備えている検査機器について、該当するものに「✓」を記入すること。また、他の医療機関と連携する場合は、当該医療機関の名称を記載すると共に、連携を行っていることが確認できる文書を添付すること。