

様式 44

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

ハイケアユニット入院医療管理料	1 、 2
専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 (≤19日であること)	日 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 準夜勤 深夜勤 名 名 名
当該治療室に常設されている装置・台数・器具の名称等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	
診療録管理体制加算の届出	有 · 無
医療安全対策加算 1 の届出	有 · 無

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、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。