

二次性骨折予防継続管理料 1  
 二次性骨折予防継続管理料 2  
 二次性骨折予防継続管理料 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を全て○で囲むこと。

1 届出入院料 <small>(管理料1又は2を届け出る場合のみ)</small>	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料	
2 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名		
3 専任の看護師の氏名		
4 専任の常勤薬剤師の氏名		
5 管理料3のみを届出する場合であって「4」専任の常勤薬剤師がいない場合についてのみ。	地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制 あり <input type="checkbox"/>	（連携保険医療機関等の名）  （薬剤師の名）
6 院内の研修会の開催状況	1年に1回以上の研修会の実施 あり <input type="checkbox"/> ・なし <input type="checkbox"/>	（開催した日付）

〔記載上の注意〕

- 「6」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。
- 「6」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。