

〔救急搬送患者地域連携紹介加算  
救急搬送患者地域連携受入加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

1	紹介元医療機関について ・ 保険医療機関の名称                      ・ 連絡先  ・ 開設者名    ・ 担当医師名
2	以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。  ・ A 205 救急医療管理加算 ・ A 300 救命救急入院料 ・ A 301 特定集中治療室管理料 ・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 ・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・ A 301-4 小児特定集中治療室管理料

2 受入医療機関

1	受入医療機関について ・ 保険医療機関の名称                      ・ 連絡先  ・ 開設者名    ・ 担当医師名
---	---

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。