

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）

(1) 当該医療機関のみで確保

(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保

・ 名称：

・ 開設者：

(3) 連携保険医療機関のみで確保

・ 名称：

・ 開設者：

2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）

(1) 担当者が固定している場合

(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）

・ 担当医師名：

・ 看護職員名：

・ 臨床工学技士名：

・ 連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。