

短期滞在手術基本料の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医				
氏名	麻酔科標榜許可書		勤務開始日	
	許可年月日	登録番号		
	年月日		年月日	
自院における緊急対応		可・不可		
(不可の場合、密接に提携している保険医療機関名) _____				
当該回復室 の概要	回復室の面積	病床数	1床当たり床面積	1日平均患者数
	m ²	床	m ²	名
当該回復室 の従事者	看護師		日勤 名	準夜勤 名

[記載上の注意]

- 1 当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術基本料1に係る届出の場合のみ記入すること。
- 2 当該届出に係る回復室ごとに、病院については様式9を、診療所については看護職員の配置状況がわかる書類を添付すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。(短期滞在手術基本料2の届出の場合に限る。)