

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	常勤	研修受講
1 糖尿病指導の経験を有する専任の医師			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

[記載上の注意]

- 1 「1」～「3」については、医師、看護師(又は保健師)、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。