

在宅医療のみを実施する医療機関(無床診療所)の指定申請に係る申出書

<b>1 在宅医療を提供する体制</b>				
①提供地域				
②提供地域の周知方法				
③在宅医療を提供する範囲内にある協力医療機関 (2力所以上)				
医療機関名称	所在地		開設者名	
④地域医師会(歯科診療所の場合は地域歯科医師会)から協力の同意			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
<b>2 在宅医療導入に係る相談に随時応じる体制</b>				
①対応方法				
②相談の対応者	職 種			
	氏 名			
③相談に随時応じる体制及び連絡先等の周知方法				
④随時相談できる連絡先	電 話			
	その他			
<b>3 通常診療に必需する時間に、診療所において患者、家族等からの相談に応じる体制</b>				
①公道等から確認出来る診療所の名称・診療科目等の掲示場所				
②相談に対応するための設備				
③相談の対応者	職 種			
	氏 名			
<b>4 通常診療に必需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制</b>				
①連絡先	電 話			
	その他			
②連絡があった場合の対応者	職 種			
	氏 名			

上記の体制で在宅医療を実施し、在宅医療を提供する地域の患者から、往診又は訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることはありません。

令和 年 月 日

医療機関 名称  
所在地  
電話番号

開設者

〔提出上の留意事項〕

「在宅医療のみを実施する医療機関(無床診療所)の指定申請に係る申出書」には、下記の書類等を添付してください。

- (1) 指定を申請する診療所及び在宅医療を提供する範囲がわかる地図
- (2) 在宅医療を提供する範囲の分かる地域の一覧
  - ① 在宅医療を提供する範囲が行政区域(市区町村)単位の場合は、市区町村名を記載したもの
  - ② 在宅医療を提供する範囲が行政区域(市区町村)単位でない場合、町丁名まで記載したもの
- (3) 在宅医療を提供する地域の範囲を被保険者に周知する方法についてわかる書類  
例: 掲示物の写し(写真)、周知文書、ホームページの掲載内容等
- (4) (2)の地域内における外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応するための2カ所以上の協力医療機関を(1)の地図に協力医療機関を示すこと。  
協力医療機関がなく、地域医師会(歯科医療機関にあっては地域歯科医師会)から協力の同意を得ている場合は、同意を得ていることがわかるもの。
- (5) (2)の地域内において在宅医療を提供し、在宅医療導入に係る相談に随時応じること及び当該診療所の連絡先等を周知していることがわかるもの。  
例: 掲示物の写し(写真)、周知文書、ホームページ掲載内容等
- (6) 診療所の名称・診療科目・通常診療に所需する時間を公道等から容易に確認できるように明示していることがわかるもの(公道等から写した写真等)
- (7) 通常診療に所需する時間における患者、家族等からの相談に応じる設備などが確認できるもの  
例: 当設備や相談スペースが確認できる平面図、写真等
- (8) 通常診療に所需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制の周知方法についてわかるもの