様式20の３の２

在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制

（　　　　有　　　　・　　　　　無　　　　）

２　常勤医師に係る要件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 呼吸器内科について３年以上の経験を有する常勤の医師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 |
|  | 時間 | 年 |

３　看護師に係る要件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 呼吸器内科について３年以上の経験を有する看護師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 |
|  | 時間 | 年 |

［記載上の注意］

　　１　「２」及び「３」の経験年数については、呼吸器内科における経験年数を記載すること。

２　「２」及び「３」については、医師及び看護師の就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。