

※網掛け部分及び報告する入院料と関連しない事項は記載不要。

様式 42

報告

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日 勤 名	当 直 名	そ の 他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
当該治療室 の 概 要	看 護 師		日 勤 名	準 夜 勤 名	そ の 他 名
	病 床 面 積	病 床 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
装置・器具		配 置 場 所		装置・器具の名称・台数等	
		治療室内	病院内		
救 急 蘇 生 装 置	<input type="checkbox"/>	/			
除 細 動 器	<input type="checkbox"/>	/			
ペ ー ス メ ー カ ー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心 電 計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ポータブルエックス線撮影装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
呼 吸 循 環 監 視 装 置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
人 工 呼 吸 装 置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置	<input type="checkbox"/>	/			
酸 素 濃 度 測 定 装 置	<input type="checkbox"/>	/			
光 線 療 法 器	<input type="checkbox"/>	/			
微 量 輸 液 装 置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
超 音 波 診 断 装 置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
自 家 発 電 装 置	/		<input type="checkbox"/>		
電 解 質 定 量 検 査 装 置	/		<input type="checkbox"/>		
血 液 ガ ス 分 析 装 置	/		<input type="checkbox"/>		
救命救急センターに係る事項（該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。）					
1 高度救命救急センターである。 2 充実段階がSである。 3 充実段階がAである。 4 充実段階がBである。 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。					
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）					
() 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。 (再掲) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名					

小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ）当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 （再掲）専任の小児科医師数 名

特定集中治療室管理料1又は2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ）特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 （再掲）経験を有する医師数 名

（ ）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

氏 名	勤 務 時 間	経 験 年 数	研 修
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□

（ ）当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名

[記載上の注意]

- [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4のいずれか）を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の□を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の□に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式20の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。
- 特定集中治療室1又は2の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。勤務時間は、1週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。経験年数の欄に、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な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。
- 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

保険医療機関の所在地

保険医療機関の名称

保険医療機関コード

連絡先（担当者氏名）

（電話番号）

運用開始年月日： 年 月 日

報告年月日： 年 月 日