様式19

在宅時医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

施設入居時等医学総合管理料

|  |
| --- |
| １　次のいずれかに○をつけること。  （1）診療所（在宅療養支援診療所）  　(2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）  　(3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院  (4) 在宅療養支援病院 |
| ２　「１」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式１１）の届出状況を記載  　(1) 今回届出  　(2) 既届出（届出年月）：　　　　　　　年　 月 |
| ３　在宅医療を担当する常勤医師の氏名 |
| ４　直近１か月間における往診又は訪問診療の状況について  ①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数　　　　　　（　　　）名  ②往診又は訪問診療を実施した患者数　　　　　　　　　　　　（　　　）名  ③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①）　　　　　（　　　）％ |

［記載上の注意］

１ 「２」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要であること。

２　緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

３　「４」については、診療所が記載すること。