様式１

ウイルス疾患指導料（注２に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| １　専任の医師の氏名 | ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験年数（５年以上であること。）　　　　　　　　　　　　年 |
| ２　専任の看護師の氏名 | ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験年数（２年以上であること。）　　　　　　　　　　　　年 |
| ３　ＨＩＶ感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名 |
| ４　社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名 |
| ５　診察室及び相談室の概要（必要に応じ、見取り図等を添付すること。） |