

様式 43 の 2

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |                                |                                   |   |                         |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|
| 当 該 治 療 室<br>の 従 事 者                                       | 専 任 医 師                        |                                   | 日 勤 の 時 間 帯 名                               |                         |
|  |                                |                                   | 日 勤 以 外 の 時 間 帯 名                           |                         |
|  |                                |                                   | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 |                         |
|  | 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師 |                                   | 名   |                         |
|  | 当該病院に勤務する小児科医                  |                                   | 名   |                         |
| 看 護 師  |                                | 日 勤 名                             | 準 夜 勤 名                                     | そ の 他 名                 |
| 当 該 治 療 室<br>の 概 要   | 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                       |
| 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"/>          |   |                         |
| ベ 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"/>                    |                         |
| 体 外 補 助 循 環 装 置  |                                | <input type="checkbox"/>          |   |                         |
| 急性血液浄化療法に必要な装置   |                                | <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"/>                    |                         |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数及び人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者数 |                                | 転院時において前医において算定されていた入院料（注1）       |   |                         |
|  |                                | 救 命 救 急 入 院 料 名                   |   |                         |
|  |                                | 特 定 集 中 治 療 室 管 理 料 名             |   |                         |
|  |                                | 転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注1）    |   |                         |
|  |                                | 救 急 搬 送 診 療 料 名                   |   |                         |
|  |                                | 24時間以内に人工呼吸を実施した患者                |   | 名                       |
|  |                                | 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者（注1） |   | 名                       |
| 医療安全対策加算1に係る届出の有無（該当する方を○で囲むこと。）                           |                                | 有 ・ 無                             |   |                         |

[記載上の注意]

1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。

3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近1年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答

可能なよう、医療機関で保管すること。

- 4 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。専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師については、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 5 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」の口を、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」の口に「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 사용할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。
- 6 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注 1 については、いずれかを記載すればよい。