

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 糖尿病指導 の経験を有する 医師		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導 の経験を有する 看護師（又は保 健師）		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導 の経験を有する 管理栄養士		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

[記載上の注意]

- 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」～「3」について「専任」を記載しなくても差し支えない。