

専ら往診・在宅訪問診療を行う診療所における指定申請書添付書類

令和 年 月 日 提出

|                                      |       |      |          |
|--------------------------------------|-------|------|----------|
| 1 在宅医療を提供する体制                        |       |      |          |
| 診療科目                                 |       |      |          |
| 対応方法                                 |       |      |          |
| 対応者                                  | 氏名    | 職種   | 対応日等     |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
| 2 在宅医療導入に係る相談に応じる体制                  |       |      |          |
| 対応方法                                 |       |      |          |
| 対応者                                  | 氏名    | 職種   | 対応日等     |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
| 3 通常診療に応需する時間                        |       |      |          |
| 月                                    | ～     | 金    | ～        |
| 火                                    | ～     | 土    | ～        |
| 水                                    | ～     | 日    | ～        |
| 木                                    | ～     | 休診日  |          |
| 4 通常診療に応需する時間における患者、家族等からの相談に応じる設備   |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
| 5 通常診療に応需する時間における患者、家族等からの相談に応じる人員体制 |       |      |          |
| 職種                                   | 対応者氏名 | 職種   | 対応者氏名    |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
| 6 在宅医療を提供する範囲内にある協力医療機関              |       |      |          |
| 医療機関名称                               | 住所    | 開設者名 | 常勤の保険医氏名 |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |
| 7 通常診療に応需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制    |       |      |          |
| 職種                                   | 対応者氏名 | 職種   | 対応者氏名    |
|                                      |       |      |          |
|                                      |       |      |          |

(医療機関コード： )

保険医療機関 住所  
名称  
開設者名

## 提出上の留意事項

- ・ 当添付書類には、下記の書類等を添付してください。
  - (1) 指定を申請する診療所及び在宅医療を提供する範囲がわかる地図
  - (2) 在宅医療を提供する範囲の分かる区域の一覧
    - ① 在宅医療を提供する範囲が行政区域（市区町村）単位の場合は、市区町村名を記載したもの
    - ② 在宅医療を提供する範囲が行政区域（市区町村）単位でない場合、町丁名まで記載したもの
  - (3) (2) の地域の患者から、往診又は訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないことを周知したことのわかるもの。

例：掲示物の写し（写真）、HP掲載の内容等
  - (4) (2) の地域内における協力医療機関の一覧、又は地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意が得られていることがわかるもの
  - (5) (2) の地域内において在宅医療を提供し、在宅医療導入に係る相談に随時応じること及び当該医療機関の連絡先を周知していることがわかるもの  
例：掲示の写し（写真）、HP掲載の内容等
  - (6) 診療所の名称・診療科目・通常診療に応需する時間の掲示の写し（写真）、HP掲載の内容等
  - (7) 通常診療に応需する時間における患者、家族等からの相談に応じる設備等が確認できるもの  
例：当設備やスペースが確認できる写真等
  - (8) 通常診療に応需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制の周知方法についてわかるもの。