様式５の13

 　　　　二次性骨折予防継続管理料１

の施設基準に係る届出書添付書類

 　　　　二次性骨折予防継続管理料２

 　　　　二次性骨折予防継続管理料３

※該当する届出事項を全て○で囲むこと。

|  |  |
| --- | --- |
| １　届出入院料（管理料１又は２を届け出る場合のみ） | □急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料 |
| □地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料 |
| ２　骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名 |  |  |
|  |  |
| ３　専任の看護師の氏名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ４　専任の常勤薬剤師の氏名 |  |  |
|  |  |
| ５　管理料３のみを届出する場合であって「４」専任の常勤薬剤師がいない場合についてのみ。 | 地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制あり□ | （連携保険医療機関等の名）（薬剤師の名） |
| ６　院内の研修会の開催状況 | １年に１回以上の研修会の実施あり□・なし□ | （開催した日付） |

［記載上の注意］

１　「６」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。

２　「６」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。