

様式 3

喘息治療管理料（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（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名 |
| 2 必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制 (1) 患者に提供する計測器等 (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） ア 酸素吸入設備 イ 気管内挿管又は気管切開の器具 ウ レスピレーター エ 気道内分泌物吸引装置 オ 動脈血ガス分析装置 カ スパイロメトリー用装置 キ 胸部エックス線撮影装置 (3) 緊急時の入院体制 ア 自院 イ 連携 |
| 3 連携保険医療機関の体制 (1) 名称等 ア 連携保険医療機関の名称 イ 開設者名 ウ 所在地 (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） ア 酸素吸入設備 イ 気管内挿管又は気管切開の器具 ウ レスピレーター エ 気道内分泌物吸引装置 オ 動脈血ガス分析装置 カ スパイロメトリー用装置 キ 胸部エックス線撮影装置 (3) 緊急時の入院体制 |

[記載上の注意]

- 「1」の専任の看護師又は准看護師が当該保険医療機関に常時 1 名以上配置され、患者からの問い合わせ等に 24 時間対応できる体制がわかるものを添付すること。
- 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。