

在宅自己腹膜灌流指導管理料2の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)		1 : 新規届出 2 : 再度の届出
実績期間 開始年月 (和暦で記載すること)		年 月
終了年月 (和暦で記載すること)		年 月
2 腹膜透析の診療の経験を5年以上有している常勤医師の氏名等		
常勤医師1		
氏名		
勤務時間		時間
腹膜透析の診療の経験年数		年
常勤医師2		
氏名		
勤務時間		時間
腹膜透析の診療の経験年数		年
3 当該保険医療機関における実施症例数		
連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術		例
腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術		例
4 入院可能な体制 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)		1 : 有 2 : 無
5 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する他の保険医療機関との連携体制		
連携保険医療機関1 名称		
連携保険医療機関2 名称		
連携保険医療機関3 名称		
連携保険医療機関4 名称		
連携保険医療機関5 名称		

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に腹膜灌流に係る手術(「K635-3」又は「K635-4」)が年間5例以上必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。