様式43の２

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当該治療室の従事者 | 専任医師 | 日勤の時間帯　　　　　名 |
| 日勤以外の時間帯　　　名 |
| □　宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 |
| 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師 |  名 |
| 当該病院に勤務する小児科医 | 　　　　　　　　　　　　　名 |
| 看護師 | 日勤　　名　準夜勤　　名　その他　　名 |
| 当該治療室の概要 | 病床面積 | 病　床　数 | １床当たりの床面積 | １日平均取扱患者数 |
| 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 装置・器具 | 配　置　場　所 | 装置・器具の名称・台数等 |
| 治療室内 | 病院内 |
| 救急蘇生装置 | □ |  |  |
| 除細動器 | □ |  |  |
| ペースメーカー | □ | □ |  |
| 心電計 | □ | □ |  |
| ポータブルエックス線撮影装置 | □ | □ |  |
| 呼吸循環監視装置 | □ | □ |  |
| 体 外 補 助 循 環 装 置 | □ |  |  |
| 急性血液浄化療法に必要な装置 | □ |  |  |
| 自家発電装置 |  | □ |  |
| 電解質定量検査装置 |  | □ |  |
| 血液ガス分析装置 |  | □ |  |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数及び人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者数 | 転院時において前医において算定されていた入院料（注１） |
|   | 救命救急入院料 　　　　 名 |
| 特定集中治療室管理料 　　　　 名 |
| 転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注１） |
|  | 救急搬送診療料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
|  | 　24時間以内に人工呼吸を実施した患者 | 　　　　　　　　　　名 |
| 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者（注１） | 　　　　　　　　　　名 |
| 医療安全対策加算１に係る届出の有無（該当する方を〇で囲むこと。） | 有　　・　　無 |

［記載上の注意］

　　１　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

 ２ 当該病院に勤務する小児科医については様式48を添付すること。

 ３ 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近1年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。

　　４　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師については、様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。

　　５　装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の□を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の□に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。

 ６　当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

　　７　注１については、いずれかを記載すればよい。