

様式 1 の 3

心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|--|---------|------|------------|
| 1 循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等 | 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の経験年数 |
| | | | 時間 | 年 |
| | | | 時間 | 年 |
| 2 体制（別の保険医療機関との連携を含む。） ※ 1 又は 2 のいずれか該当するものを○で囲んだ上で、該当事項を記載する。 | 区分番号「K597」ペースメーカー移植術、「K597-2」ペースメーカー交換術、「K598」両心室ペースメーカー移植術から「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術までのいずれかの施設基準の届出 1. 自施設において届出を行っている場合 届出を行っている施設基準： _____ 2. 連携する別の保険医療機関（循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において当該届出を行っている場合 連携保険医療機関名： _____ 届出を行っている施設基準： _____ | | | |

[記載上の注意]

- 「1」の循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を担当する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）を記入すること。
- 「2」の体制については、連携する別の保険医療機関により確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。