

## 慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

| 区 分                                    | 氏 名 | 経験年数 | 専任                       | 常勤                       | 研修受講                     |
|--|-----|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 慢性腎臓病<br>指導の経験を有<br>する医師             |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 慢性腎臓病<br>指導の経験を有<br>する看護師（又<br>は保健師） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 慢性腎臓病<br>指導の経験を有<br>する管理栄養士          |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## [記載上の注意]

- 1 研修については、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を受講の有無について記載すること。(透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。)
- 2 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。