

施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の従事者 1 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 受講済 ○ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入すること	年 月 日
	直近2年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者 2 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 受講済 ○ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入すること	年 月 日
	直近2年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者 3 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 受講済 ○ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入すること	年 月 日
	直近2年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者 4 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 受講済 ○ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入すること	年 月 日
	直近2年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者 5 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 受講済 ○ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入すること	年 月 日
	直近3年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	

届け出る実績		記入欄	
※ 該当するいずれかに●を記入すること		<input type="radio"/> 当該保険医療機関	<input type="radio"/> 連携医療機関
上記の医療機関における、 直近1年間でのリンパ浮腫指導管理料の算定回数		回	
上記算定における、対象期間 ※ リンパ浮腫指導管理料の算定期間を和暦で記入すること		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
届出医療機関における標榜科 ※ リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に●を記入すること		<input type="radio"/> 内科	<input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> 皮膚科
連携医療機関 1	医療機関名		
	連携内容 ※ 該当する項目に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 診断等に係る連携	<input type="checkbox"/> 合併症治療に係る連携
連携医療機関 2	医療機関名		
	連携内容 ※ 該当する項目に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 診断等に係る連携	<input type="checkbox"/> 合併症治療に係る連携

当該療法を行うための器械・器具の一覧		記入欄	
※ 該当する□に✓を入れること		<input type="checkbox"/> 歩行補助具	<input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具（巻尺等）

[記載上の注意]

- 必要に応じて行を追加して記入すること。
- 配置職員情報については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」に●を記入すること。
- 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。