様式43の７

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

１．専任常勤従事者の配置状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 資格取得年 | 経験症例数 | 修了した研修名・主催者名 |
| 専任常勤医師 |  |  |  |  |
| 専任常勤看護師  　　常勤理学療法士  　　常勤作業療法士  （該当するものに○） |  |  |  |  |

２．その他の従事者の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 資格取得年 | 資格取得後に業務に従事した  保険医療機関の名称 | 修了した研修名  ・主催者名 |
|  |  |  |  |

３．届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数　（　　）回（対象期間　平成　　年　月～平成　　年　　月）

標榜科：内科、外科、皮膚科

（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○）

４．他の保険医療機関との連携の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関名 | リンパ浮腫指導管理料算定回数 | 対象期間 | 診断等に係る  連携 | 合併症治療に係る  連携 |
|  |  |  | □ | □（　　　　） |
|  |  |  |  |  |

５．器械・器具等の状況

　□歩行補助具　□治療台、□各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

１．「１」「２」及び「４」については、必要に応じて行を追加して記入すること。

２．□には該当する場合にレを記入すること。

３．「４」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。

４．「４」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、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（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。

５．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）を添付すること。