

在宅医療のみを実施する医療機関の保険医療機関指定(変更)申請に係る申立書

保険医療機関(在宅医療のみで診療を行う診療所)の指定(変更)申請に当たり、次のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

医療機関所在地

医療機関名称

開設者氏名

(医療機関コード:)

1. 医療機関の体制

病床	<input type="checkbox"/> 無床診療所 ・ <input type="checkbox"/> 有床診療所
診療科目	

2. 在宅医療を提供する地域

【対象とする行政区域、住所等】

3. 「2」で規定した在宅医療を提供する地域の被保険者への周知

【周知方法】

4. 「2」の地域の患者から往診又は訪問診療を求められた場合に応需するための体制 (医学的に正当な理由等で断る場合を除く)

【対応方法】

	氏名	職種	対応日等
対応者			

5. 地域医師会(歯科医療機関にあつては地域歯科医師会)からの協力の同意

同意を得ている ・ 同意を得ていない

6. 「2」の地域内に所在する協力医療機関の確保状況(2か所以上)

※「5」を「同意を得ていない」とした場合は、2か所以上の協力医療機関が必須

医療機関名称	医療機関所在地	開設者氏名	常勤の保険医氏名

7. 「2」の地域内において在宅医療を提供し、在宅医療導入に係る相談に随時応じるための体制

【対応方法】

	氏名	職種	対応日等
対応者			

8. 「7」の相談の応需及び医療機関の連絡先等の周知

【周知方法】

9. 診療所の掲示内容等

診療所名称の表示 あり ・ なし 診療時間の表示 あり ・ なし
 診療科目の表示 あり ・ なし 保険医療機関の表示 あり ・ なし
 上記の掲示内容等が公道等から容易に確認 できる ・ できない

10. 通常診療に応需する時間にわたり、診療所において、患者、家族等からの相談に応じる設備、人員等の体制

【設備・体制等】

対応者氏名	職種	対応者氏名	職種

11. 通常診療に応需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制

【連絡先】

【連絡方法】

対応者氏名	職種	対応者氏名	職種

提出上の留意事項

・当申立書には、下記の書類等を添付してください。

- (1) 指定を申請する診療所及び在宅医療を提供する範囲が分かる地図
- (2) 在宅医療を提供する範囲の分かる区域の一覧
 - ① 在宅医療を提供する範囲が行政区域(市区町村)単位の場合は、市区町村名を記載したもの
 - ② 在宅医療を提供する範囲が行政区域(市区町村)単位でない場合、町丁名まで記載したもの
 - ③ 在宅医療を提供する範囲を被保険者に周知したことが分かるもの
例: 掲示物の写し(写真)、HP 掲載の内容等
- (3) (2)の地域の患者から、往診又は訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないことを周知したことの分かるもの 例: 掲示物の写し(写真)、HP 掲載の内容等
- (4) (2)の地域内における協力医療機関の一覧、又は地域医師会(歯科医療機関にあつては地域歯科医師会)から協力の同意が得られていることが分かるもの
- (5) (2)の地域内において在宅医療を提供し、在宅医療導入に係る相談に随時応じること及び当該医療機関の連絡先を周知していることが分かるもの 例: 掲示物の写し(写真)、HP 掲載の内容等
- (6) 診療所の名称・診療科目・通常診療に応需する時間等の掲示が確認できる写真等
- (7) 通常診療に応需する時間における患者、家族等からの相談に応じる設備等が確認できるもの
例: 当設備やスペースが確認できる写真等
- (8) 通常診療に応需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制の周知方法について分かるもの 例: 掲示物の写し(写真)、HP 掲載の内容等