様式40の14

排尿自立支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　排尿自立指導に係るチームの構成員

　　（□には、適合する場合「✔」を記入すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 氏　　　名 | 備考 |
| ア　医師 |  | □泌尿器科  □３年以上の経験  □自院  □他院  □その他の診療科  （　　　　　　　）  □研修受講  □自院  □他院 |
| イ　専任の常勤看護師 |  | □研修受講  □３年以上の経験 |
| ウ　専任の常勤理学療法士  又は専任の常勤作業療法士 |  | □経験（ 有 ・ 無 ） |

２　排尿ケアに関するマニュアルの作成

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 作成／周知 | マニュアルに含まれている内容 |
| □作　　成  □周　　知 | □スクリーニングの方法  □膀胱機能評価の方法 |

３　職員を対象とした院内研修の実施

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施 | 内容 |
| □実　　　施  □実施予定 | 実施日　　　（　　　　　　　　　）  実施予定日（　　　　　　　　　） |

［記載上の注意］

１　「１」については、備考欄の該当するものに「✔」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を（　）内に記載し、適切な研修を修了したことが確認できる文書（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。イに掲げる看護師については、所定の研修を修了したことが確認できる文書（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。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験の有無を記載すること。

２　「３」については、予定されている場合の記載でもよい。