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。