様式20の２

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |
| --- |
| １　緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）　(1) 当該医療機関のみで確保　(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保　　・名称：　　・開設者：　(3) 連携保険医療機関のみで確保　　・名称：　　・開設者： |
| ２　当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）　(1) 担当者が固定している場合　(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載するこ　　　とで差し支えない。）　　・担当医師名：　　・看護職員名：　　・臨床工学技士名：　　・連絡先： |

［記載上の注意］

 緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。