

経腸栄養管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 栄養管理に係る体制（□に該当する場合「✓」を記入すること）

（1）栄養サポートチーム加算の届出有無（いずれか1つに○をすること。）

有	無
---	---

（2）専任の管理栄養士の配置状況

経腸栄養管理を担当する管理栄養士名（届出にあたり、最低1名は記入すること。）

管理栄養士1（氏名）	
管理栄養士2（氏名）	
管理栄養士3（氏名）	

※1日に算定できる患者は、管理栄養士1名につき15人以内に限る。

2. 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制

（1）内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制（いずれか1つに○をすること。）

① 自院で内視鏡下嚥下機能検査を実施できる体制の有無	有 ・ 無
② 自院で嚥下造影を実施できる体制の有無	有 ・ 無
③ 他の保険医療機関において内視鏡下嚥下機能検査を実施できる体制の有無	有 ・ 無
④ 他の保険医療機関において嚥下造影を実施できる体制の有無	有 ・ 無

（2）他の保険医療機関との協力により内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制

保険 医療 機関 1	保険医療機関名	
	標榜科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
		<input type="checkbox"/> その他（ ）
実施可能な検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査	
	<input type="checkbox"/> 嚥下造影	
保険 医療 機関 2	保険医療機関名	
	標榜科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
		<input type="checkbox"/> その他（ ）
実施可能な検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査	
	<input type="checkbox"/> 嚥下造影	
保険 医療 機関 3	保険医療機関名	
	標榜科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
		<input type="checkbox"/> その他（ ）
実施可能な検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査	
	<input type="checkbox"/> 嚥下造影	

[記載上の注意]

1. 届出をする場合、2（1）の①から④までのいずれか1つが有である必要がある。
2. 1（1）において、「栄養サポートチーム加算の届出有無」について有を選択した場合、1（2）の記載は不要である。
3. 2（1）において、③及び④で無を選択した場合、2（2）の記載は不要である。