

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

	氏名	資格取得年	経験症例数	修了した研修名・主催者名
専任常勤医師				
専任常勤看護師 常勤理学療法士 常勤作業療法士 (該当するものに○)				

2. その他の従事者の状況

氏名	資格取得年	資格取得後に業務に従事した 保険医療機関の名称	修了した研修名 ・主催者名

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数 () 回(対象期間 平成 年 月～平成 年 月)

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

保険医療機関名	リンパ浮腫指導 管理料算定回数	対象期間	診断等に係る 連携	合併症治療に係る 連携
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()

5. 器械・器具等の状況

歩行補助具 治療台、各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

- 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- には該当する場合にレを記入すること。
- 「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。
- 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等）を添付すること。