

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|-----------------|---------|----------------|---------|
| 当該保険医療機関が満たす基準（該当する区分に○） | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟入院基本料 ・ 7 対 1 入院基本料 ・ 10 対 1 入院基本料 ・ 13 対 1 入院基本料 ・ 15 対 1 入院基本料 ・ 18 対 1 入院基本料 ・ 20 対 1 入院基本料 ・ 有床診療所入院基本料 1 ・ 有床診療所入院基本料 4 | | | | |
| 当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医 | | | | |
| 氏 名 | 麻 酔 科 標 榜 許 可 書 | | 勤務開始日 | |
| | 許 可 年 月 日 | 登 録 番 号 | | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 自院における緊急対応 | 可・不可 | | | |
| （不可の場合、密接に提携している保険医療機関名） _____ | | | | |
| 当該回復室 の概要 | 回復室の面積 | 病床数 | 1床当たり床面積 | 1日平均患者数 |
| | m ² | 床 | m ² | 名 |
| 当該回復室 の従事者 | 看護師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |

[記載上の注意]

当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術等基本料 1 に係る届出の場合のみ記入すること。