

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出の区分 (該当する該当するすべての□に「✓」を記入すること。)	☐ 膠芽腫の場合の届出 ☐ 非小細胞肺癌の場合の届出
2 施設基準に係る標榜診療科 (該当する該当するすべての□に「✓」を記入すること。)	☐ 脳神経外科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 腫瘍内科
3 膠芽腫の場合	
ア 届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 新規届出 2 : 再度の届出
実績期間 開始年月 (和暦で記載すること) 終了年月 (和暦で記載すること)	年 月 年 月
イ 過去5年間の膠芽腫の治療の実施症例数	例
ウ 脳神経外科の常勤医師の氏名等	
常勤医師 1	
氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数 うち過去5年間の経験症例数	例 例
所定の研修の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無
常勤医師 2	
氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数 うち過去5年間の経験症例数	例 例
所定の研修の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無
常勤医師 3	
氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数 うち過去5年間の経験症例数	例 例
所定の研修の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無
4 非小細胞肺癌の場合	
ア 届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 新規届出 2 : 再度の届出

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する
持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

1. モニタリングを実施する体制について

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	該当 ・ 非該当
--	----------

2. 充実した管理の状況について

直近3か月において管理した実績を算出する期間	年 月 日から
	年 月 日まで
① 当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者数	名
② ①患者に対する、CPAP療法の延べ管理月数	月
③ ②のうち、CPAPの1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である月数	月
④ ②に占める③の管理月数の割合 【③／②×100】	%
⑤ ④が40%以上か(該当するいずれか1つを○で囲むこと) 【④≥40%】	該当 ・ 非該当

[記載上の留意事項]

1 届出に当たっては、患者ごとのCPAP療法の管理時間数がわかる書類を添付すること。