

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"> <li>・ 一般病棟入院基本料</li> <li>・ 7 対 1 入院基本料</li> <li>・ 10 対 1 入院基本料</li> <li>・ 13 対 1 入院基本料</li> <li>・ 15 対 1 入院基本料</li> <li>・ 18 対 1 入院基本料</li> <li>・ 20 対 1 入院基本料</li> <li>・ 有床診療所入院基本料 1</li> <li>・ 有床診療所入院基本料 4</li> </ul>				
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 <sup>2</sup>	床	m <sup>2</sup>	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]

- 1 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。
- 2 入院基本料の届出書の写しを添付すること。(短期滞在手術等基本料 2 の届出の場合に限る。)