

退院調整加算 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 3	の施設基準に係る 届出書添付書類
---	---------------------

※該当する届出事項を○で囲むこと

退院に係る調整及び支援に 関する部門の設置の有無	(有 無)
-----------------------------	--------------

1. 退院調整に従事する職員

	氏 名	専従・専任	職 種	経験年数
退院調整に関する 経験を有する者				

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

<input type="checkbox"/>	小児入院医療管理料（1、2又は3）
<input type="checkbox"/>	総合周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	地域周産期母子医療センター

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を認める文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。