

〔救急搬送患者地域連携紹介加算  
救急搬送患者地域連携受入加算〕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。

1 紹介元医療機関

1 紹介元医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名
2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 205 救急医療管理加算</li> <li>・ A 300 救命救急入院料</li> <li>・ A 301 特定集中治療室管理料</li> <li>・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料</li> <li>・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料</li> <li>・ A 301-4 小児特定集中治療室管理料</li> </ul>	

2 受入医療機関

1 受入医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。