

様式 2

地域医療貢献加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科		
2 当該診療所の 対応医師の氏名		
3 当該診療所の標榜 診療時間		
4 あらかじめ患者に 伝えてある電話に 応答できない場合の 体制  ※該当するものに○（複数可）		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他 <span style="font-size: 2em;">{</span>
5 他の医療機関との 連携 ※	連携 医療 機関 名	
6 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)		
7 備考		

※ やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。また、その具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）。