

心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄
1. 届出区分（該当する届出事項を全て○で囲むこと）	1：心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2 2：心不全再入院予防継続管理料 3
2. 届出入院料 （管理料 1 及び 2 を届け出る場合のみ） （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	□ 一般病棟入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）
3. 心不全再入院予防チーム（選択式の場合、該当するいずれか 1 つを○で囲むこと）	
① 心不全指導の経験を有する医師 1	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
② 心不全指導の経験を有する医師 2	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
③ 心不全指導の経験を有する医師 3	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
④ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 1	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無

⑤ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 2		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑥ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 3		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑦ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 1		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑧ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 2		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑨ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 3		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
管理料 3 のみを届け出る場合であって、専任の管理栄養士が不在の場合		
地域の保険医療機関等と連携し、栄養食事指導を行う体制	1 : 有	2 : 無
連携保険医療機関等の名称		
管理栄養士の氏名		

4. 常勤の薬剤師及び理学療法士等	
① 薬剤師 氏名	
① 薬剤師 勤務形態	1 : 常勤 2 : 非常勤
② 理学療法士 氏名	
② 理学療法士 勤務形態	1 : 常勤 2 : 非常勤
5. 心大血管疾患リハビリテーション料の届出 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 2. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ)
6. 院内研修会の開催状況	
1年に1回以上の研修会の実施	1 : 有 2 : 無
開催年月日	年 月 日
7. 地域研修会の開催・参加状況	
1年に1回以上の研修会の開催・参加	1 : 有 2 : 無
開催・参加年月日	年 月 日

[記載上の注意]

- 1 研修については、心不全の予防指導に係る適切な研修を受講の有無について記載すること。(心不全予防チームに所属する者のいずれかは、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。)
- 2 「6」及び「7」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。
- 3 「6」及び「7」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。