

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の施設基準に係る届出書添付書類

1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

2. 連携する医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

(2) 退院後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 ()件		脳卒中 連携先 ()件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

3. 脳卒中についての届け出

1 届け出あり 2 届け出なし

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 3 脳卒中について届け出の場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。