

様式 20 の 3

在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む）に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 24 時間訪問看護が可能な体制（該当する□に「✓」を記入すること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 当該保険医療機関のみで体制を確保 |
| <input type="checkbox"/> 他の保険医療機関と連携 ・名称：() ・開設者：() ・連絡先：() |
| <input type="checkbox"/> 他の訪問看護ステーションと連携 ・名称：() ・開設者：() ・連絡先：() |

2 許可病床数（病院の場合のみ、該当する□に「✓」を記入すること。）

| | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 400 床未満 | <input type="checkbox"/> 400 床以上 （※3のアの要件を満たしていること） |
|----------------------------------|--|

3 訪問看護等に係る実績

| 該当する □に「✓」 | 項 目 | () 年度 の算定回数 |
|--------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ア 在宅患者訪問看護・指導料 3 又は同一建物居住者訪問看護・指導料 3 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | イ 在宅患者訪問看護・指導料の注 6（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に掲げる乳幼児加算 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者への在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | エ 在宅患者訪問看護・指導料の注 10（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に掲げる在宅ターミナルケア加算 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | オ 退院時共同指導料 1 又は 2 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ） | 回 |