

殿

|                                                |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|-------|
| 届出者                                            | フリガナ<br>名 称                                                | トクベツヨウゴロウジンホーム ○○<br>特別養護老人ホーム ○○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | 事務所・施設の所在地                                                 | (郵便番号 310 - 0855 )<br>○○市笠原町978-6<br>(ビルの名称等) 県庁ビル○○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | 連絡先<br>事業所番号                                               | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 029-301-○○                                                                                                                                               | FAX番号 | 029-301-○○ |       |
|                                                | 事業所・施設種別                                                   | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                |                                                            | 代表者の職・氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 職名                                                                                                                                                       | 施設長   | 氏名         | ○○ ○○ |
|                                                |                                                            | 代表者の住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (郵便番号 310 - 0855 )<br>○○市笠原町978-6                                                                                                                        |       |            |       |
|                                                | 協力医療機関                                                     | ①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>【施設基準】</b><br>①入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。<br>②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。<br>③入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 |       |            |       |
| ②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関                  |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
| (事業所・施設種別4～8のみ)<br>③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院 |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
| 上記以外の協力医療機関                                    |                                                            | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 医療機関コード                                                                                                                                                  |       |            |       |
|                                                |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | 医療機関名                                                      | 医療機関コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
| 施設基準第1号、第2号及び第3号(※5)を満たす施設                     | (A)<br>第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去1年間に協議を行った医療機関数                | 過去1年間に協議を行った医療機関数を(A)に記載<br>→協議をした医療機関数が、<br>1件以上…(B)を記載<br>0件 …(C)を記載                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | (B)<br>協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | (C)<br>(過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | (D)<br>届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関                                | 医療機関名(施設名)<br>院等を協                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |       |            |       |
|                                                | (E)<br>(協議を行う予定の医療機関がない場合)基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6) | 届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関が、<br>ある場合…(D)を記載<br>ない場合…(E)を記載                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |       |            |       |
| 関係書類                                           |                                                            | 別添のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |       |            |       |

備考 1 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。  
2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。  
3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。

(※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。  
(※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。  
(※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。  
(※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。  
(※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び第2号  
(※6) 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載

(各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)

- |                      |                                          |
|----------------------|------------------------------------------|
| 特定施設入居者生活介護          | : 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第191条第2項   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項 |
| 認知症対応型共同生活介護         | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項 |
| 介護老人福祉施設             | : 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項 |
| 介護老人保健施設             | : 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項   |
| 介護医療院                | : 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項      |
| 軽費老人ホーム              | : 軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準第27条第2項            |
| 養護老人ホーム              | : 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第25条第1項            |

①～③をすべて記載すること  
(特定施設は①～②)

↓

上記「協力医療機関」欄の  
①～③で記載できない項目がある場合には、必ず記載すること