

大分市長 足立 信也 殿

届出者	フリガナ 名称	トクベツヨウゴロウジンホーム ○○ 特別養護老人ホーム ○○			
	事務所・施設の所在地	(郵便番号 870 - ××××) 大分市◇◇町△-△ (ビルの名称等)			
	連絡先 事業所番号	電話番号	097-***-****	FAX番号 097-***-****	
	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			
	代表者の職・氏名	当該年度（今回であれば令和7年度）において、該当する協力医療機関と対応の確認を行った日および担当者名を記入してください。 ①～③が同一医療機関である場合も、それぞれ記入してください。			
	代表者の住所				
	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	医療機関名 XX病院	医療機関コード 00000000	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 令和7年4月10日
②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関		医療機関名 XX病院	医療機関コード 00000000	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 令和7年4月10日	協力医療機関の担当者名 豊後 花子
(事業所・施設種別4～8のみ) ③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院		医療機関名 XX病院	医療機関コード 00000000	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 令和7年4月10日	協力医療機関の担当者名 豊後 花子
上記以外の協力医療機関		①～③それぞれに該当する協力医療機関が複数ある場合は、届出書に『別紙一覧表のとおり』と記入の上、(別紙2)協力医療機関一覧を提出してください。			
施設基準医療機関を定めていない場合(※5)を満たす		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			

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」の欄に記載せず。

3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容
協定書等に施設基準の規定(上記①～③)を満たす内容が記載されているか確認してください。
記載されていない場合は、規定を満たしていると判断できるよう、協定書等の内容更新をおこなってください。

(※1) 各サービス種別における協力医療機関
(※2) 入所者の病状が急変した場合等において
(※3) 診療の求めがあった場合において、診
(※4) 入院を要すると認められた入所者の入
(※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型
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とネットワークを構築し、協議元を検討する」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