

別紙2 協力医療機関一覧

記載例

No.	医療機関名	医療機関コード								入所等が急変した場合等の対応の確認を行った日	協力医療機関の担当者名	施設基準			
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧			①	②	③	その他
1	〇〇病院	0	0	0	0	0	0	0	0	令和〇年〇月〇日	〇〇	○	○	○	
2	××病院	0	0	0	0	0	0	0	0	令和〇年〇月〇日	△△	○	○	○	
3	△△クリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	令和〇年〇月〇日	××	○	○		
4										令和 年 月 日					
5										令和 年 月 日					
6										令和 年 月 日					
7										令和 年 月 日					
8										令和 年 月 日					
9										令和 年 月 日					
10										令和 年 月 日					

- ※ ①～③の欄は、下記の要件を満たす場合は○を記載すること。また、その他の欄には①～③に該当しない場合に○を記載すること。
- ①入所者の病状が急変した場合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。
 - 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。
 - 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。