

二次性骨折予防継続管理料 1
 二次性骨折予防継続管理料 2
 二次性骨折予防継続管理料 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を全て○で囲むこと。

1 届出入院料 (管理料1又は2を届け出る場合のみ)	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料	
2 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名		
3 専任の看護師の氏名		
4 専任の常勤薬剤師の氏名		
5 管理料3のみを届出する場合であって「4」専任の常勤薬剤師がない場合についてのみ。	地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制 あり <input type="checkbox"/>	(連携保険医療機関等の名) (薬剤師の名)
6 院内の研修会の開催状況	1年に1回以上の研修会の実施 あり <input type="checkbox"/> ・なし <input type="checkbox"/>	(開催した日付)

[記載上の注意]

- 「6」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。
- 「6」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。