（別紙３）

協力医療機関に関する届出書

令和　　年　　月　　日

舞鶴市長　　宛

届出者	フリガナ	チイキミッチャクガタトクベツヨウゴロウジンホーム〇〇エン			
	名　　称	地域密着型特別養護老人ホーム〇〇園			
	事務所・施設の所在地	（郵便番号　625　―　xxxx　） 舞鶴市〇〇xxx番地 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号	0773-62-xxxx	FAX番号	0773-62-xxxx
	事業所番号	26xxxxxxxx			
	事業所・施設種別	■ 1（介護予防)特定施設入居者生活介護 □ 3（介護予防)認知症対応型共同生活介護 □ 5　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 □ 7　介護医療院 □ 9　軽費老人ホーム	□ 2　地域密着 □ 4　介護老人 □ 6　介護老人 □ 8　養護老人		
	代表者の職・氏名	職名	施設長	氏名	〇〇　〇〇
	代表者の住所	（郵便番号　625　―　xxxx　） 舞鶴市〇〇xxx番地			

①～③をすべて満たす医療機関の場合、当該医療機関の名前を3つ記載してください。

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		医療機関コード	
		〇〇病院		x x x x x x x	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和〇年〇月〇日	協力医療機関の担当者名	〇〇
	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		医療機関コード	
		〇〇病院		x x x x x x x	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和〇年〇月〇日	協力医療機関の担当者名	〇〇
	（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		医療機関コード	
		〇〇病院		x x x x x x x	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和〇年〇月〇日	協力医療機関の担当者名	〇〇
	上記以外の協力医療機関	医療機関名		医療機関コード	
		〇〇歯科		x x x x x x x	
		医療機関名		医療機関コード	
		医療機関名		医療機関コード	

この場所には①～③の要件を満たさない医療機関を記載してください。
（例）歯科医療機関等

①～③に該当する協力医療機関を定めていない場合に記載してください。

施設基準第1号、第2号及び第3号の規定を満たす協力医療機関を定めていない場合（※5）	第1号から第3号の規定(※5)にあたり過去1年間に協議を行った医療機関数	
	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	
	(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	
	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（複数可） ※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関(200床未満)、在宅療養後方支援病院等を想定 協議を行う予定時期　令和　　年　　月
	(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）	

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