別記第３号様式（第２条関係）

介護医療院に医師を宿直させない場合の診療体制表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護医療院の名称 | |  |
| 開設の場所 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 入所定員 | |  |
| 介護医療院に医師を  宿直させない理由  （注１） | |  |
| 医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について | 連絡体制  （注２） |  |
| 連絡を受ける  医師の場所  （注３） |  |
| 医師が適切な診  療を行える状態  の確保の有無  （注４） | 有　　　・　　　無 |

（注１）当該申請を行う介護医療院において、医師を宿直させないことを申請する理由を分かりやすく記載してください。

（注２）医師についてはあらかじめ当番制を設け、入所者に急変があった場合においても、夜勤の看護師等が当番医師の携帯に連絡をとれる体制が確保されている等、「誰が」、「誰に」、「どのように」連絡するかについて、分かりやすく記載してください。

（注３）介護医療院から◯◯㎞の医師住宅等、速やかに駆けつけることができる場所であることが分かるよう、記載してください。

（注４）「有」とした場合には客観的に当該事項が確認できる規程や内規等を添付すること。