

記載例

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

実際に連携する計画策定病院の名称を記載する。（「がん治療連携指導料施設基準に係る確認事項」において選択した病院名）

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類
埼玉県立がんセンター	北足立郡伊奈町小室 818 048-722-1111	○大腸・胃・肝・乳・肺
深谷赤十字病院	深谷市上柴町西 5-8-1 048-571-1511	大腸・胃・肝・乳・肺
戸田中央総合病院	戸田市本町 1-19-3 048-442-1111	○大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		乳・肺
		乳・肺
		乳・肺
		乳・肺
		乳・肺
		乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺
		大腸・胃・肝・乳・肺

連携する計画策定病院の住所と連絡先電話番号を記載する。（計画策定病院一覧参照）

それぞれの計画策定病院と実際に連携する「がん」の種類に○を付ける。（「がん治療連携指導料施設基準に係る確認事項」において選択したもの）

本書類は、関東信越厚生局に「がん治療連携指導料」の届出を行う際、各病院の連携計画書とともに、必ず届出書に添付してください。
厚生局への届出は、7月末日までとし、8月1日から保険適応となります。

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。