ＦＡＸ　送信先　0749-22-6093

彦根市立病院　地域医療連携室

様式１

「外来感染対策向上加算」の連携依頼書

年　　月　　日

彦根市立病院（感染対策向上加算１）との連携を希望される場合は、届出される加算の□にチエックを入れてください。下記の医療機関情報をご記入の上、彦根市立病院　地域医療連携室（FAX0749-22-6093）へ FAX 送信ください。

彦根市立病院（感染対策向上加算１）との連携を希望します。

□外来感染対策向上加算（６点）

□サーベイランス強化加算（１点）

□連携強化加算（３点）

□発熱等対応加算（２０点）

□抗菌薬適正使用体制加算（５点）

算定開始月を教えてください　　届出日　　年　　月　　日

算定開始月　　年　　月

上記により、連携医療機関として申し込みます。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者　役職　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

院内感染管理者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX 番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊今後のカンファレンス参加方法についての確認です。ご施設では、zoom の対応が可ですか。　　□可能　　□不可能

彦根市立病院

地域医療連携室