

(参考様式11) 特定事業所医療介護連携加算の基準順守状況確認表

特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの  
退院・退所加算における連携実績についてご記入ください。

(同一被保険者については合計回数を記入してよい)

番号	保険者	被保険者番号	氏名	連携回数
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
合計				

特定事業所医療介護連携加算を算定する前々年度の3月から前年度の2月までの間の  
ターミナルケアマネジメント加算の算定実績についてご記入ください。

番号	保険者	被保険者番号	氏名	死亡日(年月日)
1				
2				
3				
4				
5				