

FAX送信票/新小山市民病院 医療連携室 行

FAX番号 0285-36-0352

送信日 令和 年 月 日

新小山市民病院

「外来感染対策向上加算」にかかる連携申込書

令和4年度診療報酬の改定に伴い、新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取り組みとして、次の加算が新設されました。

感染対策向上加算1の届出をしている当院との連携を希望される診療所（クリニック）様は、
□にチェックを入れていただき、医療機関情報等をご記入の上、当院の医療連携室宛てに
FAXにて送付くださいますようお願いいたします。

- 外来感染対策向上加算
 連携強化加算（注意 施設基準の届出における連携先を当院にする必要あり）

上記により、連携医療機関として申し込みいたします。

【医療機関情報】

医療機関名	
代表者 役職・氏名	
住 所	(〒 -)
電話・FAX番号	(電話) (FAX)
E-mailアドレス	
窓口担当者氏名	

お申し込みの際は、感染防止対策部門のチーム員を記入の上、備考欄に院内感染管理者の旨を記載ください。

職 種	氏 名	備 考

【お問い合わせ・連絡先】

〒323-0827 小山市大字神鳥谷2251番地1 地方独立行政法人新小山市民病院

【申し込み手続き関係】 患者支援センター 医療連携室

電話番号：0285-36-0252

【感染防止対策関係】 院内感染対策室 川端

電話番号：0285-36-0200(代表)