

協力医療機関に関する届出 入力フォームイメージ (①～⑩)

① 申請者の情報を入力してください。

申請者の情報

法人名 必須
当該事業所を運営する法人の名称を入力してください。法人の種類（〇〇会社、〇〇法人等）も漏れなく記載してください。

株式会社●●●● 

電話番号 必須
日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

111-1111 

メールアドレス 自動入力



連絡担当者名 必須
申請内容に確認が必要な際に連絡することがあるため、担当者の氏名を入力してください

●● 

[一時保存して、次へ進む](#)

[← 申請の概要等の確認に戻る](#)

- ② 届出を行う事業所・施設の種別を1つ選択してください。
※養護または軽費老人ホームで介護保険の特定施設入居者生活介護も併せて受けている場合は、養護または軽費老人ホームを選択してください。

事業所情報

事業所・施設種別 必須

※届出を行う事業所・施設の種別を1つ選択してください。
※養護または軽費老人ホームで介護保険の特定施設入居者生活介護も併せて受けている場合は、養護または軽費老人ホームを選択してください。

養護老人ホーム

軽費老人ホーム

(介護予防) 特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

介護老人福祉施設

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

介護老人保健施設

介護医療院

(養護または軽費老人ホームで介護保険の特定施設入居者生活介護も併せて受けている場合は入力してください(該当しない場合、表示されません))

- ③ 事業所の情報をそれぞれ入力してください。
(種別が養護または軽費老人ホームの場合、事業所番号は表示されません)

事業所情報	
事業所名 <small>必須</small>	
申請対象の事業所の名称を入力してください。	
<input type="text" value="●●●●●●"/>	✓
事業所名フリガナ <small>必須</small>	
<input type="text" value="アアアアア"/>	✓
事業所番号 <small>必須</small>	
ゼロで始まる10桁の介護保険の事業所番号を半角で入力してください。	
<input type="text" value="111111111B"/>	✓
事業所連絡先（電話番号） <small>必須</small>	
<input type="text" value="011-000-0000"/>	✓
事業所連絡先（FAX番号） <small>任意</small>	
<input type="text" value="011-000-0000"/>	✓
事業所・施設の所在地（郵便番号） <small>必須</small>	
<input type="text" value="〒111-1111"/>	✓
事業所・施設の所在地 <small>必須</small>	
<input type="text" value="札幌市中央区●●●●"/>	✓

- ④ 法人代表者の情報をそれぞれ入力してください。

--

⑤ 協力医療機関との連携情報を説明文を参照の上、選択してください。

(種別が介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームの場合)

協力医療機関連携状況

協力医療機関との連携状況 必須

説明文を参照の上、協力医療機関との連携状況についていずれか1つを選択してください。

- 基準第1号から第3号いずれも満たす体制を確保している。
- 基準第1号を満たす体制を確保していない（基準第2・3号は確保している）。
- 基準第2号を満たす体制を確保していない（基準第1・3号は確保している）。
- 基準第3号を満たす体制を確保していない（基準第1・2号は確保している）。
- 基準第1号から第3号いずれの体制も確保していない。

(説明文)

基準第1号：入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保している。

基準第2号：当該事業所・施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保している。

基準第3号：当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している。

(種別が特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームの場合)

協力医療機関連携状況

協力医療機関との連携状況 必須

説明文を参照の上、協力医療機関との連携状況についていずれか1つを選択してください。

- 基準第1号、第2号いずれも満たす体制を確保している。
- 基準第1号を満たす体制を確保していない(基準第2号は確保している)。
- 基準第2号を満たす体制を確保していない(基準第1号は確保している)。
- 基準第1号、第2号いずれの体制も確保していない。

(説明文)

基準第1号：入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保している。

基準第2号：当該事業所・施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保している。

⑥ ⑤で選択した内容に応じて、体制を確保している協力医療機関の情報を基準第1号、第2号、第3号※それぞれ入力してください。（体制を確保していない基準に関する協力医療機関の入力は表示されません）

※基準第3号は種別が介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームの場合に限ります。

（例：基準第1号を満たす協力医療機関名）

協力医療機関①

基準第1号を満たす協力医療機関名 必須

入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している協力医療機関名を記載してください。

医療機関コード 必須

記載した協力医療機関の医療機関コード（7桁）を半角で記載してください。

協力医療機関の担当者名 必須

記載した協力医療機関の担当者名を記載してください。

確認日 必須

協力医療機関との間で入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日を記載してください（届出日から1年以内に確認した直近の日※）。

※確認は1年に1回以上必要となります。



⑦ 基準各号に規定する医療機関以外に協力医療機関がある場合は、医療機関名、医療機関コードを記載してください。基準各号に規定する協力医療機関が一つも無い場合は入力必須です。

(最大3医療機関まで)

協力医療機関名

当該事業所・施設の協力医療機関名、医療機関コードを記載してください（最大3医療機関まで）。

協力医療機関名① 必須

当該事業所・施設の協力医療機関名を記載してください。

協力医療機関①の医療機関コード 必須

記載した協力医療機関①の医療機関コード（7桁）を半角で記載してください。

協力医療機関名② 任意

当該事業所・施設の協力医療機関名を記載してください。

協力医療機関②の医療機関コード 任意

記載した協力医療機関②の医療機関コード（7桁）を半角で記載してください。

協力医療機関名③ 任意

当該事業所・施設の協力医療機関名を記載してください。

協力医療機関③の医療機関コード 任意

記載した協力医療機関③の医療機関コード（7桁）を半角で記載してください。

⑧ （基準各号に規定する協力医療機関が全てある場合は表示されません。）基準各号に規定する協力医療機関が全てまたは1つ以上ない場合は、過去1年間における協議の有無等を入力してください。

規定を満たす協力医療機関を定めていない場合

過去1年間における医療機関と協議の有無 必須

基準の各号を満たす体制確保にあたり、過去1年間の医療機関と協議の有無を選択してください。

医療機関と協議を行った。

医療機関と協議を行っていない。

協議を行った医療機関数 必須

基準の各号を満たす体制確保にあたり、過去1年間に協議を行った医療機関数を半角数字で記載してください。

3

取り決めが困難であった理由 必須

協力医療機関としての取り決めが困難であった理由を記載してください。

(最大100文字)

0/100

(協議を行っていない場合)

過去1年間における医療機関と協議の有無 必須

基準の各号を満たす体制確保にあたり、過去1年間の医療機関と協議の有無を選択してください。

- 医療機関と協議を行った。
- 医療機関と協議を行っていない。

医療機関と協議を行わなかった理由 必須

医療機関と協議を行わなかった理由を記載してください。

(最大100文字)

0/100

- ⑨ (基準各号に規定する協力医療機関が全てある場合は表示されません。) 基準各号に規定する協力医療機関が全てまたは1つ以上ない場合は、届出後1年以内に協議を行う予定の有無等を入力してください。

届出後1年以内に医療機関と協議を行う予定の有無 必須

届出後1年以内に医療機関と協議を行う予定の有無を選択してください。

協議を行う予定である。

協議を行う予定はない。

協議予定の医療機関名 必須

協議を予定(想定※)している医療機関名を記載してください(最大3機関まで)。

※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関(200床未満)、在宅療養後方支援病院等を想定

任意

任意

協議を行う予定時期 必須

届出後1年以内に協議を行う予定(想定)の時期を入力してください。



(協議を行う予定がない場合)

届出後1年以内に医療機関と協議を行う予定の有無 必須

届出後1年以内に医療機関と協議を行う予定の有無を選択してください。

協議を行う予定である。

協議を行う予定はない。

基準を満たすための今後の具体的な計画 必須

基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画を記載してください。

例 3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する。など具体的な計画を記載

0/200

- ⑩ 入力した各協力医療機関との協力内容が分かる書類（協定書等）を添付してください。

添付書類

※各協力医療機関との協力内容が分かる書類（協定書等）を添付してください。


※ファイルにパスワードは付けないでください。

※添付可能拡張子は、png、jpg、pdf、docx、xlsx、zipとなります。


※ファイルは10MBまでにしてください。

※添付ファイルが複数、または容量が10MBを超える場合は【予備】を使用してください。


協力内容が分かる書類（協定書等）① 必須

 ファイルを選択…

【予備】協力内容が分かる書類（協定書等）② 任意

 ファイルを選択…

【予備】協力内容が分かる書類（協定書等）③ 任意

 ファイルを選択…

- ⑪ 次の画面で入力内容を確認し、下段の「この内容で申請する」を押下してください。