**静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書　添付書類**

**（他医療機関との連携）**

**○申請医療機関 用**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当する届出事項を○で囲むこと

|  |
| --- |
| 1 慢性静脈不全が疑われる潰瘍症例に対し、動静脈検査を行える他医療機関と連携しリスク評価及び指導管理等を行っている  　　　　　　　　 ( 該当する ・ 該当しない ) |
| ２ 専門的な診断、治療体制を有している医療機関の名称、及び当該医療機関が  標榜する診療科  名称：  ア 心臓血管外科又は血管外科　　　標榜する診療科　（　　　　　　　　　）  イ 循環器科　　　　　　　　　　　循環器科の標榜　（　 有 ・　無　 ）  ウ 形成外科、皮膚科又は整形外科　標榜する診療科　（　　　　　　　　　） |

慢性静脈不全による静脈性潰瘍症例の診断、治療に際し

　　　　　 　　　　　と医療連携を行なっていることを

証明致します。

令和 年 月 日

　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　院長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（印）