

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

| 氏名 | 禁煙治療の経験 |
|----|---------|
|    | 有 ・ 無   |
|    | 有 ・ 無   |

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

| 氏名 |
|----|
|    |
|    |

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

| 機種名 | メーカー名 | 台数 |
|-----|-------|----|
|     |       | 台  |
|     |       | 台  |
|     |       | 台  |

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。