ケアマネジャー（あなた）は出席していますか？

**いいえ**

**はい**

入院中の保険医療機関の医師か看護師等（またはどちらも）が出席していますか？

**はい**

**いいえ**

該当にチェックをしてください

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 在宅療養担当の医師か看護師等（またはどちらも）が参加している。 |
| □ | 在宅療養担当の歯科医師かその指示を受けた歯科衛生士（またはどちらも）が参加している。 |
| □ | 保険薬局の保険薬剤師が参加している。 |
| □ | 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が１人以上参加している。 |

チェックが２つ以上

チェックが１つ以下

※看護師等（保健師・助産師・看護師・准看護師）

**いいえ**

**はい**

算定要件を満たすカンファレンスです

算定要件を満たしません