様式３

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の概要 | 病床数　　　　　　床 | |
| 精神保健指定医　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人 | |
| 看護師　　　　　　　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人 | |
| 作業療法士　　　　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人 | |
| 精神保健福祉士　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人 | |
| 公認心理師　　　　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人 | |
| 当該医療機関における精神病棟の入院基本料等の届出区分 | 精神病棟入院基本料 | 区分　1　　2　　3　　4　　5 |
| 特別 |
| (　　　　　　　　　　　) |
| 特定入院料 | 区分　精神科救急入院料　1　　2 |
| 精神科急性期治療病棟入院料　1　　2 |
| 精神科救急・合併症入院料 |
| 精神療養病棟入院料 |
| 当該施設基準を下回っている場合の連携医療機関 | 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 担当医師の氏名 | |
| 多職種チーム会議 | 開催予定回数　(　　)回／週・月・年 | |
| 参加メンバー　(氏名・職種) | |
| ・ | |
| ケア会議 | 参加予定メンバー　(氏名・職種) | |
| ・ | |
| 訪問看護の体制 | 担当医師数　　　　人　看護師数　　　　人　その他　　　　人 | |
| 訪問看護の体制がない場合の連携体制 | 連携訪問看護ステーション名 | |
| 所在地 | |
| 看護師数　　　　　人 | |
| 精神科デイ・ケアの体制 | 医科診療報酬点数表による届出の有無　有・無 | |
| 精神科デイ・ケアの体制がない場合の連携体制 | 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 医科診療報酬点数表による届出の有無　有・無 | |
| 緊急時の連絡・対応方法 | | |

注)　緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例等、

参考書類を添付すること。