

向精神薬多剤投与に係る報告書

医療機関コード	
---------	--

担当者氏名 :

電話番号 :

直近 3 月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名			
郵便番号			
住所			
標榜科	精神科	・	心療内科
		・	どちらもない
対象期間	令和	年	月
	日	から	令和
			年
			月
			日の 3 月間
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)	名		

1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②			
うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④		
名	名	名	名

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬 3 種類以上、睡眠薬 3 種類以上、抗うつ薬 3 種類以上、抗精神病薬 3 種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬 4 種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤						
うち、抗うつ薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑨		うち、抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑩				
うち、抗不安薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑧		うち、抗うつ薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑩	
名	名	名	名	名	名	名

⑧ / ② = %

※ ⑧ / ② が 10% 未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法 (19) のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。