

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟（又は治療室）名				備考	
病 床 数				1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
入 院 患 者 の 状 況	① 1日平均入院患者数	名	名		名
	② ①のうち当該加算の算定対象となる患者数	名	名		名
	入院患者の比率 (② / ①)	%	%		%
当 該 病 棟 (又 は 治 療 室) の 従 事 者	小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師	名	名		名
	うち精神保健指定医	名	名		名
	常勤の精神保健福祉士	名	名		名
	常勤の臨床心理技術者	名	名		名

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。
- 2 当該加算を算定する病棟又は治療室ごとに様式9を添付すること。
- 3 当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。
- 4 当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。