

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。