

(指定にかかる提出書面 医療機関用)

平成 年 月 日

近畿厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名
(法人名称及び代表者)

㊟

指定通院医療機関の指定にかかる書面の提出について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第16条の規定に基づく指定通院医療機関の指定について、別紙のとおり提出します。
なお、指定のうえは、同法第82条の定めるところにより医療を担当します。

(別紙)

指定通院医療機関の指定にかかる書面

1. 病院若しくは診療所の名称及び所在地
2. 開設者の氏名又は名称及び住所
3. 管理者の氏名
4. 医療を主として担当する医師の氏名及び略歴
5. 医療を行うために必要な設備の概要
6. 法第81条第1項の医療を連携して行う他の医療機関等がある場合は、その名称、所在地及び連携して行う医療等の概要

※ 添付書類等

- ・病院あつては使用許可証の写
- ・診療所にあつては使用許可証又は許可書若しくは届書の写
- ・常時勤務する精神保健指定医の指定医証の写
- ・なお、裏面に必要事項を記載してください。

上記のとおり相違ありません。

開設者の住所及び氏名
(法人名称及び代表者)

㊞

(裏面)

- 次の者の配置の有無
 - ・ 医師 (あり・なし)
 - ・ 看護師又は准看護師 (あり・なし)
 - ・ 作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者 (あり・なし)
 - ・ 常勤の精神保健指定医 (あり・なし)

- 精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために適切な医療を実施できる態勢の概要

(別紙)

【記入例】

指定通院医療機関の指定にかかる書面

1. 病院若しくは診療所の名称及び所在地
名称 財団法人〇〇〇会〇〇病院
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
2. 開設者の氏名又は名称及び住所
氏名又は名称 〇〇〇〇
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
3. 管理者の氏名
氏名 〇〇〇〇
4. 医療を主として担当する医師の氏名及び略歴
氏名 〇〇〇〇
略歴 昭和〇〇年〇月〇日 医師免許取得
平成〇〇年〇月〇日 精神保健指定医
5. 医療を行うために必要な設備の概要
病床数 〇〇〇床 うち精神科病床数 〇〇〇床
精神科医療を行う診察室 〇〇室
当該診察室に従事する医師・看護職員 医師〇名、看護職員〇名
医療にかかる安全管理指針の有無 有
医療にかかる安全管理委員会の開催の有無 有
医療にかかる安全管理職員研修の有無 有
6. 連携する医療機関等がある場合は、その名称、所在地及び連携して行う医療等の概要
名称 〇〇市立〇〇病院
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
医療等の概要 精神科デイケア

※ 添付書類等

- ・病院にあっては使用許可証の写
- ・診療所にあっては使用許可証又は許可書若しくは届書の写
- ・常時勤務する精神保健指定医の指定医証の写
- ・なお、裏面に必要事項を記載してください。

上記のとおり相違ありません。

開設者の住所及び氏名
(法人名称及び代表者)

印

(裏面)

○ 次の者の配置の有無

- ・ 医師 (あり)・なし
- ・ 看護師又は准看護師 (あり)・なし
- ・ 作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者 (あり)・なし
- ・ 常勤の精神保健指定医 (あり)・なし

○ 精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために適切な医療を実施できる態勢の概要

医療を受ける者の相談に応じ、必要な援助を行うことができる。

保護者及び医療、保健又は福祉に関する機関との連絡調整を行うことができる。

※ これらは記載例です。