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。