

**自己点検事項**

◇ 経頭蓋磁気刺激療法(I000-2)

(1)精神科を標榜している病院である。

( 適 ・ 否 )

(2)うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が1名以上勤務している。

( 適 ・ 否 )

(3)認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務している。

( 適 ・ 否 )

(4)次のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院である。

( 適 ・ 否 )

「A230-4」精神科リエゾンチーム加算、「A238-6」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、  
「A238-7」精神科救急搬送患者地域連携受入加算、「A249」精神科急性期医師配置加算、  
「A311」精神科救急入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、  
「A311-3」精神科救急・合併症入院料

**点検に必要な書類等**  
・当該届出に係る常勤医師の出勤簿  
・当該届出に係る常勤医師の研修修了証及び経験が確認できるもの

**点検に必要な書類等**  
・当該届出に係る医師の研修修了証及び経験が確認できるもの

医療機関コード

保険医療機関名