

通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する事項の□に✓を記入すること。

<input type="checkbox"/>	身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている。
<input type="checkbox"/>	精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている。
<input type="checkbox"/>	精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている。
<input type="checkbox"/>	精神病床を有する特定機能病院である。
<input type="checkbox"/>	急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院である。
<input type="checkbox"/>	急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料を届け出ている病院であつて、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院である。
<input type="checkbox"/>	障害者施設等入院基本料を届け出ている病院である。
<input type="checkbox"/>	通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関である。
<input type="checkbox"/>	以下を全て満たす医師により行われている。
<input type="checkbox"/>	(1)令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。
<input type="checkbox"/>	(2)過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務(保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務)を行っている。
	(1)及び(2)を満たす医師の氏名
	1人目
	2人目
	3人目
	4人目
	5人目
	6人目
	7人目

※記載欄が足りない場合には適宜行を追加すること。