

別添

施設基準に係る届出書

空欄にしてください

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	届出番号
(届出事項) 「医療観察訪問看護基本料」等、届出する施設基準の 名称を記入してください	
[] の施設基準に係る届出	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定医療機関の所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p>	
備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。	
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。	
3 届出書は、1通提出のこと。	

医療観察訪問看護基本料に係る届出書(届出・変更・取消し)の添付資料

連絡先 担当者氏名: 電話番号:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">受理番号</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">(医訪看基 10) 号</td> </tr> </table>	受理番号	(医訪看基 10) 号	
受理番号	(医訪看基 10) 号			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">受付年月日</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">令和 年 月 日</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">決定年月日</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日	

(届出事項) 医療観察訪問看護基本料に係る届出 上記のとおり届け出ます。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 医療観察訪問看護事業者の所在及び名称 ○○県○○市○○X丁目X番地X号 株式会社○○○ 代表者の氏名 代表取締役 ○○ ○○ 関東信越厚生局長 殿
--

↑
押印不要

届出内容

訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称 ○○県○○市○○X丁目X番地X号 訪問看護ステーション○○○ 管理者の氏名 ○○ ○○ 当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等	ステーションコード [*] xxxxxxxx
--	---------------------------------

← 従事する職員毎に記載してください

氏名	職種	当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容
○○ ○○	看護師	(1)(<input type="radio"/>) 経験内容: 平成X年X月～平成X年X月 ○○病院(精神科外来)勤務 (2)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: (3)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: (4)(<input type="checkbox"/>) 経験内容:
○○ ○○	作業療法士	(1)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: (2)(<input type="radio"/>) 経験内容: 平成X年X月～令和X年X月 (3)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: ○○○訪問看護ステーション(精神科訪問看護)勤務 (4)(<input type="checkbox"/>) 経験内容:
○○ ○○	看護師	(1)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: (2)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: ← 研修修了証の写しを添付してください (3)(<input type="checkbox"/>) 経験内容: (4)(<input type="radio"/>) 経験内容: 令和X年X月 ○○協会主催 精神科訪問看護研修修了

備考: 職種とは、保健師、看護師又は作業療法士の別を記載すること。

: 経験内容は、以下の(1)～(4)のうち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関における精神科棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上
- (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上
- (4) 精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした 20 時間以上の研修の修了
 (研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。)

: 届出書は、1通提出のこと。

様式 12

医療観察 24 時間対応体制加算に係る届出書 (届出) 変更・取消し

連絡先 担当者氏名: 電話番号:	受理番号 (医訪看対 23) 号
受付年月日 令和 年 月 日	決定年月日 令和 年 月 日
(届出事項) 医療観察 24 時間対応体制加算	
上記のとおり届け出ます。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 医療観察訪問看護事業者 ○○県○○市○○X 丁目 X 番地 X 号 の所在地及び名称 株式会社○○○ 押印不要 <div style="text-align: right;">代表者の氏名 代表取締役 ○○ ○○ ↓</div> 関東信越厚生局長 殿	
ステーションコード	XXXXXXX
訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称 ○○県○○市○○X 丁目 X 番地 X 号 訪問看護ステーション○○○ 管理者の氏名 ○○ ○○	
届出内容	
○連絡相談を担当する職員 (×) 人	
保健師	人 常 勤 非 常 勤 人
看護師	× 人 常 勤 非 常 勤 × 人
○連絡方法	
(例) 下記連絡先電話番号を利用者へ周知し、担当者が当番制で電話対応する	
○連絡先電話番号	
1	xxx (xxxx) xxxx 4 ()
2	xxx (xxxx) xxxx 5 ()
3	xxx (xxxx) xxxx 6 ()
※ 連絡相談担当は保健師、看護師の別を記載すること。 ※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。	

提出書類一式（医療観察訪問看護基本料）のイメージ

③添付書類（研修修了証の写し等）

様式 11

②医療観察訪問看護基本料に係る届出書の添付資料

医療観察訪問看護基本料に係る届出書（届出・変更・取消し）の添付資料

別添

①別添 施設基準に係る届出書

施設基準に係る届出書

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

届出番号

(届出事項)

医療観察訪問看護基本料

[] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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85条第1項、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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85条第1項、健康保険法第94条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第81条第1項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)

標記について、上記基準のすべてに適合しているため、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

関東信越厚生局長 殿

備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

提出書類一式（医療観察24時間対応体制加算）のイメージ

②医療観察24時間対応体制加算に係る届出書

様式 12

医療観察 24 時間対応体制加算に係る届出書 (届出)変更・取消し)

①別添 施設基準に係る届出書

別添

施設基準に係る届出書

<p>連絡先 担当者氏名： 電話番号：</p>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 30%;">届出番号</td><td style="width: 70%;"></td></tr></table>	届出番号	
届出番号			

(届出事項)

医療観察24時間対応体制加算

[] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、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 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

関東信越厚生局長 殿

備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
3 届出書は、1通提出のこと。