

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算  
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

<p>1 紹介元医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関の名称</li> <li>・連絡先</li> <li>・開設者名</li> <li>・担当医師名</li> </ul>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急急性期医療入院料</li> <li>・精神科急性期治療病棟入院料</li> <li>・精神科救急・合併症入院料</li> </ul>

2 受入医療機関

<p>1 受入医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関の名称</li> <li>・連絡先</li> <li>・開設者名</li> <li>・担当医師名</li> </ul>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病棟入院基本料</li> <li>・児童・思春期精神科入院医療管理料</li> <li>・精神療養病棟入院料</li> <li>・認知症治療病棟入院料</li> </ul>

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。