

様式 3 - 2

急性増悪包括管理料 2 の施設基準に係る届出書添付書類

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	<input type="checkbox"/> 10 対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 13 対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15 対1入院基本料
	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る)
	特定入院料	<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料
多職種チーム会議	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) ・	
オンライン会議の体制	オンライン会議の体制の有無 有 ・ 無	