

様式 5

医療観察訪問看護基本料及び医療観察機能強化型訪問看護管理料  
に係る届出書（届出・変更・取消し）の添付書類

<p>連絡先 担当者氏名： 電話番号：</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">受理番号</td> <td style="width: 40%;">（医訪看基 10）</td> <td style="width: 30%;">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%;">受付年月日</td> <td style="width: 25%;">年 月 日</td> <td style="width: 25%;">決定年月日</td> <td style="width: 25%;">年 月 日</td> </tr> </table>	受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日													
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日														
<p>（届出事項） 医療観察訪問看護基本料に係る届出</p> <p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療観察訪問看護事業者の所在及び名称</p> <p style="text-align: right;">代表者の氏名</p> <p>地方厚生局長 殿</p>																	
<p>届出内容</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">ステーションコード</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p>訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">管理者の氏名</p> <p>当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">職種</th> <th style="width: 70%;">当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>			ステーションコード	<p>訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">管理者の氏名</p> <p>当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">職種</th> <th style="width: 70%;">当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> </tbody> </table>		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			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：
	ステーションコード																
<p>訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">管理者の氏名</p> <p>当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">職種</th> <th style="width: 70%;">当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：</td> </tr> </tbody> </table>		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			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：			(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：				
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															
		(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：															
		(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：															
		(1)( ) 経験内容： (2)( ) 経験内容： (3)( ) 経験内容： (4)( ) 経験内容：															
<p>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。</p> <p>：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</p> <p>(1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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。)</p> <p>：届出書は、1通提出のこと。</p>																	

(届出事項) 医療観察機能強化型訪問看護管理料に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

医療観察訪問看護事業者の所在及び名称

代表者の氏名

地方厚生局長 殿

届出内容

ステーションコード

訪問看護事業型指定通院医療機関の  
所在地及び名称

管理者の氏名

新規 届出	既 届出	項目名
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療観察機能強化型訪問看護管理料1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療観察機能強化型訪問看護管理料2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療観察機能強化型訪問看護管理料3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療観察機能強化型訪問看護管理料4

備考

・訪問看護事業型指定通院医療機関と同一の指定訪問看護事業所において、訪問看護算定告示に定める機能強化型訪問看護管理療養費の届出をしている場合は、当該届出に用いた様式の複写を届出書に添付すること。