



様式 1

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|             |                             |                   |                           |        |   |            |        |
|-------------|-----------------------------|-------------------|---------------------------|--------|---|------------|--------|
| 医療機関の概要     | 病床数                         | 床                 |                           |        |   |            |        |
|             | 精神保健指定医                     | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
|             | 薬剤師                         | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
| 当該病棟の概要     | 病床数                         | 床                 |                           |        |   |            |        |
|             | 精神保健指定医                     | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
|             | 医師(指定医を含む)                  | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
|             | 看護師                         | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
|             | 作業療法士<br>精神保健福祉士<br>臨床心理技術者 | 常勤                | 人                         | 非常勤    | 人 |            |        |
| 個室          | 室                           |                   |                           |        |   | 床 1床当たり床面積 | 平方メートル |
| 診察室         | 室                           |                   |                           |        |   |            |        |
| 当該病棟の構造設備   | 処置室                         | 室                 | 常設されている装置・器具等の名称・台数等<br>. |        |   |            |        |
|             | 保護室                         | 室                 | 床 1床当たり床面積                | 平方メートル |   |            |        |
|             | 集団精神療法室                     | 平方メートル            |                           |        |   |            |        |
|             | 作業療法室                       | 平方メートル            |                           |        |   |            |        |
|             | 談話室                         | 平方メートル            |                           |        |   |            |        |
|             | 食堂                          | 平方メートル            | 浴室の有無                     | 有・無    |   |            |        |
|             | 面会室                         | 平方メートル            | 公衆電話の有無                   | 有・無    |   |            |        |
|             | 会議の設置状況                     | 別紙                |                           |        |   |            |        |
|             | マニュアル関係                     | 事故・火災発生対応マニュアルの有無 |                           | 有・無    |   |            |        |
|             |                             | 無断退去等対応マニュアルの有無   |                           | 有・無    |   |            |        |
| 当該病棟の安全管理体制 | 構造設備面                       |                   |                           |        |   |            |        |
|             | 人員面                         |                   |                           |        |   |            |        |

注1) 有無については、いずれかに○で囲むこと。

注2) 当該病棟の安全管理体制については、具体的に講じている安全管理体制を記載すること。

(例：無断退去等を防止するため、モニター及び保安照明を設置等)

様式 1—2

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| 会議名            | 会議メンバー等   |
|----------------|---|
| 新病棟外部評価会議      | 開催予定回数 ( )回／週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>・<br>・<br>・<br>・ |
| 新病棟運営会議        | 開催予定回数 ( )回／週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>・<br>・<br>・<br>・ |
| 新病棟倫理会議        | 開催予定回数 ( )回／週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>・<br>・<br>・<br>・ |
| 新病棟治療評価会議      | 開催予定回数 ( )回／週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>・<br>・<br>・<br>・ |
| 地域連携を確保するための会議 | 開催予定回数 ( )回／週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>・<br>・<br>・<br>・ |

様式 2

入院対象者入院医学管理を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様                   | 勤務時間 | 備考 |
|----|----|----|-------------------------|------|----|
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専 従<br>非常勤 { 非専従 |      |    |

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式 3

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| 医療機関の概要                    | 病床数 床                                    |   |
|                            | 精神保健指定医                                  | 常勤 人 非常勤 人  |
|                            | 看護師                                      | 常勤 人 非常勤 人  |
|                            | 作業療法士                                    | 常勤 人 非常勤 人  |
|                            | 精神保健福祉士                                  | 常勤 人 非常勤 人  |
|                            | 臨床心理技術者                                  | 常勤 人 非常勤 人  |
| 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                                | 区分 1 2 3 4 5<br>特別<br>( )   |
|                            | 特定入院料                                    | 区分 精神科救急入院料 1 2<br>精神科急性期治療病棟入院料 1 2<br>精神科救急・合併症入院料<br>精神療養病棟入院料 |
| 当該施設基準を下回っている場合の連携医療機関     | 医療機関名<br>所在地<br>担当医師の氏名                  |   |
| 多職種チーム会議                   | 開催予定回数 ( )回/週・月・年<br>参加メンバー (氏名・職種)<br>. |   |
| ケア会議                       | 参加予定メンバー (氏名・職種)<br>.                    |   |
| 訪問看護の体制                    | 担当医師数 人 看護師数 人 その他 人                     |   |
| 訪問看護の体制がない場合の連携体制          | 連携訪問看護ステーション名<br>所在地<br>看護師数 人           |   |
| 精神科デイ・ケアの体制                | 医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無                    |   |
| 精神科デイ・ケアの体制がない場合の連携体制      | 医療機関名<br>所在地<br>医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無    |   |
| 緊急時の連絡・対応方法                |  |   |

注) 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。

様式 3-2

医療観察児童思春期精神科専門管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

|    |                          |                                |
|----|--------------------------|--------------------------------|
| 氏名 | 精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数 |                                |
|    |                          | うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数 |
|    |                          | 年                              |
|    |                          | 年                              |

(2) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

|    |          |                                |
|----|----------|--------------------------------|
| 氏名 | 精神科の経験年数 |                                |
|    |          | うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数 |
|    |          | 年                              |
|    |          | 年                              |

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 職種 |
|    |    |

[記載上の注意]

「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添の様式7を添付すること。また、当該常勤精神保健指定医の経歴（精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号がわかるもの）を添付すること。

様式 4

医療観察認知療法・認知行動療法イ  
医療観察認知療法・認知行動療法ロ  
医療観察認知療法・認知行動療法ハ

の施設基準に係る届出書添付資料

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 医療観察認知療法・認知行動療法の届出

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 標榜診療科   |                                    |
| 医師の氏名   |                                    |
| 指定番号    |                                    |
| 研修受講の有無 | 有 ・ 無                              |
| 研修の名称   | ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業）<br>イ その他（名称） |

2 医療観察認知療法・認知行動療法イ又はハの実績に係る要件

|     |   |        |
|-----|---|--------|
| (1) | 都道府県等に協力し診察業務等を行った回数  | 回(≥1回) |
| (2) | ① + ② + ③   | 回(≥6回) |
|     | ①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール等）に協力した回数                              | 回      |
|     | ②他の医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数                     | 回      |
|     | ③所属する指定通院医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数                          | 回      |
| (3) | ④所属する指定通院医療機関の時間外対応加算1の届出の有無  | 有 ・ 無  |
|     | ⑤所属する指定通院医療機関の時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問い合わせ等に対応できる体制の有無 | 有 ・ 無  |

3 医療観察認知療法・認知行動療法ハの専任の看護師に係る要件

(1) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名 ( )

勤務した期間 ( 年 月 ~ 年 月 )

同席した面接 ( 回 )

(2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接 ( 症例 回 )

うち、指導・確認を受けた面接 ( 症例 回 )

指導・確認を行った者の氏名 ( )

- (3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。  
研修名 ( )  
主催者名 ( )  
厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師  
( )

[記載上の注意]

- 1 「1」について、医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 3 医療観察認知療法・認知行動療法イ又はハを届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 4 「3」(3)について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
- 5 「3」(3)について、適切な研修を修了したことを確認できる資料(修了証、プログラム等)を添付すること。

様式 4-2

医療観察依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

|    |                     |
|----|---------------------|
| 氏名 | 依存症に対する集団療法に係る適切な研修 |
|    | あり・なし               |

2 専任の看護師等

| 氏名 | 職種        | 依存症に対する集団療法に係る適切な研修 |
|----|-----------|---------------------|
|    | 看護師・作業療法士 | あり・なし               |

[記載上の注意]

「1」の精神科医及び「2」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式 5

医療観察精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

| 当該療法に従事する作業療法士           | 常勤 | 専 従 | 名      | 非常勤 | 専 従 | 名 |
|--------------------------|----|-----|--------|-----|-----|---|
|                          |    | 非専従 | 名      |     | 非専従 | 名 |
| 専用施設の面積                  |    |     | 平方メートル |     |     |   |
| 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧 |    |     |        |     |     |   |
| 手工芸                      |    |     |        |     |     |   |
| 木工                       |    |     |        |     |     |   |
| 印刷                       |    |     |        |     |     |   |
| 日常生活動作                   |    |     |        |     |     |   |
| 農耕又は園芸                   |    |     |        |     |     |   |

様式 6

医療観察精神科 [ ] ケアの施設基準に係る

届出書添付資料

|                  |           |    |     |   |     |     |        |
|------------------|-----------|----|-----|---|-----|-----|--------|
| 従<br>事<br>者<br>数 | 医師        | 常勤 | 専任  | 名 | 非常勤 | 専任  | 名      |
|                  |           |    | 非専任 | 名 |     | 非専任 | 名      |
|                  | 作業療法士     | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 経験を有する看護師 | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 看護師       | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 准看護師      | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 精神保健福祉士   | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 臨床心理技術者等  | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 栄養士       | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
|                  | 看護補助者     | 常勤 | 専従  | 名 | 非常勤 | 専従  | 名      |
|                  |           |    | 非専従 | 名 |     | 非専従 | 名      |
| 専用施設の面積          | 患者 1 人当たり |    |     |   |     |     | 平方メートル |
|                  |           |    |     |   |     |     | 平方メートル |

注 1) [ ] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。

注 2) 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあつては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあつては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあつては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあつては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師をいう。

様式 7

[ ] に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様              | 勤務時間 | 備考 |
|----|----|----|--------------------|------|----|
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |
|    |    |    | {常勤 {専従<br>非常勤 非専従 |      |    |

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式 8

通院対象者社会復帰連携体制強化加算の施設基準に係る

届出書添付資料

|             |   |    |     |   |     |     |   |
|-------------|---|----|-----|---|-----|-----|---|
| 従事者数        | 作業療法士   | 常勤 | 専任  | 名 | 非常勤 | 専任  | 名 |
|             |   |    | 非専任 | 名 |     | 非専任 | 名 |
|             | 精神保健福祉士                                       | 常勤 | 専任  | 名 | 非常勤 | 専任  | 名 |
|             |   |    | 非専任 | 名 |     | 非専任 | 名 |
|             | 臨床心理技術者等                                      | 常勤 | 専任  | 名 | 非常勤 | 専任  | 名 |
|             |   |    | 非専任 | 名 |     | 非専任 | 名 |
| 過去3年間の受入れ実績 | ・同時期に3名以上の受入れ実績について<br>受入れ時期<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |    |     |   |     |     |   |

様式 9

通院対象者社会復帰連携体制強化を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様                  | 勤務時間 | 備考 |
|----|----|----|------------------------|------|----|
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |
|    |    |    | { 常勤 { 専任<br>非常勤 { 非専任 |      |    |

注) 職種の欄には、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者と記入すること。

様式 10

医療観察治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名 |  |
| 2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名     |  |
| 3 副作用発現時に対応するための体制の概要          |  |
|                                |  |

様式 11

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

|   |                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">受理番号</td> <td style="padding: 2px;">(医訪看基 10)</td> <td style="padding: 2px;">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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">受付年月日</td> <td style="padding: 2px;">平成 年 月 日</td> </tr> </table>   | 受付年月日            | 平成 年 月 日   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">決定年月日</td> <td style="padding: 2px;">平成 年 月 日</td> </tr> </table> | 決定年月日            | 平成 年 月 日                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受付年月日   | 平成 年 月 日         |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 決定年月日   | 平成 年 月 日         |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">(届出事項)</td> <td style="padding: 2px;">医療観察訪問看護基本料に係る届出</td> </tr> </table>  |                  |  | (届出事項)  | 医療観察訪問看護基本料に係る届出 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (届出事項)  | 医療観察訪問看護基本料に係る届出 |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成 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 印</p> <p style="text-align: center;">地方厚生局長 殿</p>  |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出内容  |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ステーションコート<sup>※</sup></td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>                           | ステーションコート <sup>※</sup>  |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ステーションコート <sup>※</sup>  |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>訪問看護事業型指定通院医療機関の<br/>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 style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>備考：職種とは保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること<br/>         ：経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること<br/>         ：届出書は正副2通を提出すること</p> |                  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                  |  |   |                  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



様式 13

医療観察デイ・ケア等 疾患別等診療計画

|                                |  |               |  |      |  |
|--------------------------------|--|---------------|--|------|--|
| 患者氏名                           |  | 性別            |  | 生年月日 |  |
| 主治医                            |  | デイ・ケア<br>担当職員 |  |      |  |
| 診断                             |  | 既往症           |  |      |  |
| 入院歴                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（最終入院 年 月～ 年 月 病院）  |               |  |      |  |
| 治療歴<br>（デイ・ケア<br>等の利用歴<br>を含む） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>デイ・ケア等利用歴<br><input type="checkbox"/> ショート・ケア （施設名 利用期間）<br><input type="checkbox"/> デイ・ケア （施設名 利用期間）<br><input type="checkbox"/> ナイト・ケア （施設名 利用期間）<br><input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア （施設名 利用期間）<br><input type="checkbox"/> その他 （施設名 利用期間） |               |  |      |  |
| 現在の状況<br>（症状・治療<br>内容等）        |  |               |  |      |  |
| デイ・ケア<br>利用目的                  |  |               |  |      |  |
| デイ・ケア<br>内容                    | （具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。）   |               |  |      |  |
| デイ・ケア<br>目標                    | 短期目標（概ね3ヶ月以内）  |               |  |      |  |
|                                | 長期目標（概ね1年以内）   |               |  |      |  |
| 特記事項                           |  |               |  |      |  |