

別添

施設基準に係る届出書

|  |      |
|--|------|
| 連絡先<br>担当者氏名：<br>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   |      |
| <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。) |      |
| 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   |      |
| 東海北陸厚生局長 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。  |      |

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

| <p>(連絡先)</p> <p>担当者氏名:<br/>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: 20%;">受付年月日</td> <td style="width: 20%;">令和</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> </table>   | 受付年月日  | 令和   | 年         | 月                       | 日 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">決定年月日</td> <td style="width: 20%;">令和</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> </table> | 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                       |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
| <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>令和 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>東海北陸厚生局長 殿</p>   |  |  |           |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
| 届出内容   |  |  |           |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 30%;">ステーションコード</td> </tr> </table>  |  |  | ステーションコード |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
|  | 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<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></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容:<br/>(2)( ) 経験内容:<br/>(3)( ) 経験内容:<br/>(4)( ) 経験内容:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容:<br/>(2)( ) 経験内容:<br/>(3)( ) 経験内容:<br/>(4)( ) 経験内容:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1)( ) 経験内容:<br/>(2)( ) 経験内容:<br/>(3)( ) 経験内容:<br/>(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:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(4)( ) 経験内容: |    |   | (1)( ) 経験内容:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(4)( ) 経験内容: |   |  | (1)( ) 経験内容:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(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:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(4)( ) 経験内容: |           |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
|  |  | (1)( ) 経験内容:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(4)( ) 経験内容: |           |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |
|  |  | (1)( ) 経験内容:<br>(2)( ) 経験内容:<br>(3)( ) 経験内容:<br>(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<br/>(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>  |  |  |           |                         |   |  |  |    |   |  |   |  |  |