

別添

施設基準に係る届出書

| | | |
|--|----------------|------|
| 連絡先 | | |
| 担当者氏名: | | 届出番号 |
| 電話番号: | | |
| (届出事項) | | |
| [通院対象者通院医学管理料]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。 | | |
| | 入力例: 2025/3/25 | |
| | 入力例: ○○県●●市～ | |
| | △△法人 □□会 ☆☆病院 | |
| 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 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 | 非常勤 | |
| | 看護師 | 常勤 | 非常勤 | |
| | 作業療法士 | 常勤 | 非常勤 | |
| | 精神保健福祉士 | 常勤 | 非常勤 | |
| | 公認心理師 | 常勤 | 非常勤 | |
| 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 特別 | () | |
| | 特定入院料 | 区分 精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 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 所在地 担当医師の氏名 | | | |
| 多職種チーム会議 | 開催予定回数 参加メンバー（氏名・職種） | 回 / | 週 | |
| ケア会議 | 参加予定メンバー（氏名・職種） | | | |
| 訪問看護の体制 | 担当医師数 | 看護師数 | その他 | |
| 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 所在地 看護師数 | | | |
| 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 | | |
| 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 所在地 医科診療報酬点数表による届出の有無 | 有 | | |
| 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。