

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)

[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



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。

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 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	☐ 常勤換算
	☐ 常勤換算
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	

【記載上の注意】
注） 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神科医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
なお、当該配置を行う場合は、勤務形態及び勤務時間に係る届け出を、様式7を用いて行うこと。