

様式44の3

認知療法・認知行動療法1
 認知療法・認知行動療法2
 認知療法・認知行動療法3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
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） イ その他(名称)

2 認知療法・認知行動療法2又は3の専任の看護師又は公認心理師に係る要件

(1) 認知療法・認知行動療法1を行う外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に60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5症例60回以上実施していること。
 ○うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に5症例60回以上実施していること。

自ら行った面接 (症例 回)

(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」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 「2」(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。
- 「2」(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。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。