

自立支援医療機関（精神通院医療）指導監査 調査票

医療機関番号	
--------	--

医療機関	名称	〇〇クリニック
	住所	〒〇〇〇-△△△△ 静岡県〇〇市（町）△△ □□-□□
	電話番号	
	FAX 番号	
開設者	名称	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	

担当する医療	
主として担当する医師等	

下記記入対象期間は、令和6年1月1日から令和6年12月31日の1年間です。

1 自立支援医療の利用者数

利用した実人数

 人

3 主として担当する医師等について

経験年数（記入日時点）

 年 か月

※1年未満の経験年数は切り捨てて記入（5年11ヶ月の場合は、「5」と記入。）

上記の記載事項は、事実と相違ありませんので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第66条の規定に基づき報告します。

令和 年 月 日

医療機関の開設者
住 所
(電話番号)

氏 名

※連絡先(必ず記入してください) 担当者

TEL

指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程実施状況点検表

指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程の実施状況について、御回答ください。
(該当する項目の□にチェックを入れてください。「その他」を選択した場合は内容を記入してください。)

関連条文	確認事項	実施状況	☑適の場合に回答ください。
第2条	受診者の診療を正当な理由なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適(拒んでいない) <input type="checkbox"/> 否(拒んだことがある)	/
第3条	医療受給者証が有効であることを確かめた後で診療しているか。	<input type="checkbox"/> 適(確かめている) <input type="checkbox"/> 否(確かめていない)	医療受給者証の確認頻度は？ <input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 受診月ごと <input type="checkbox"/> 年に1回 <input type="checkbox"/> その他()
			医療受給者証の記録保存は？ <input type="checkbox"/> 医療受給者証の写しを保管 <input type="checkbox"/> 医療受給者証の記載事項をデータ入力(患者ファイル等への記入を含む) <input type="checkbox"/> 特にしていない
第4条	受診者が、やむを得ない事情により、医療機関が定めた診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療しているか。	<input type="checkbox"/> 適(している) <input type="checkbox"/> 否(していない)	/
第5条	診療録、調剤録、訪問看護に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適(している) <input type="checkbox"/> 否(していない)	
第6条	診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。	<input type="checkbox"/> 適(している) <input type="checkbox"/> 否(していない)	