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 | ○○クリニック |
| 住所 | 〒○○○－△△△△  静岡県○○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４年１月１日から令和４年12月31日の１年間です。

**１　　自立支援医療の利用者数**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人 |

　　　　利用した実人数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | か月 |

**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）

※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、事実に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。 | □適(拒んでいない)  □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。 | □適(確かめている)  □否(確かめていない) | 医療受給者証の確認頻度は？   * 毎回 * 受診月ごと * 年に1回 * その他（　　　　　　　　　　　） |
| 医療受給者証の記録保存は？   * 医療受給者証の写しを保管 * 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） * 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。 | □適(している)  □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。 | □適(している)  □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。 | □適(している)  □否(していない) |  |