大阪市指定自立支援医療機関（精神通院）実地指導・監査調書

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療の種類 |  |
| 医療機関名称 |  |
| 開設者名称（法人名等） |  |
| 実施会場 |  |
| 実施年月日及び期間 | 　　年　　月　　日（　　）～　　日間 |
| 事業所側職員 | 指導・監査職員 |
| 職 | 氏名 | 職 | 氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　前回指示事項の改善状況

|  |
| --- |
| ○前回又は直近の実施区分（いずれかに○）　・書面指導（自己点検を含む）・実地指導・監査○実地指導又は監査の実施年月日　　　　年　　月　　日（　　）～　　　　　年　　月　　日（　　） |
| 指示事項 | 口頭文書の別 | 改善状況 |
|  |  |  |

* 「改善状況」欄には、改善済、未改善、一部改善のいずれか及び適宜その概要を記すこと。
* 提出のあった直近の自己点検票等は別添のとおり

（裏面に続く）

３　今回指導・監査実施結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 改善を要すると思われる事項 | 事業所（法人）からの質疑又は要望 | 備考 |
| （現状）（問題点）（指示事項） |  |  |