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） |  |  |