

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)		