

大阪市長

病院所在地  
 病 院 名  
 管 理 者 名

精神科救急医療施設（常時対応型施設）指定申請書

精神科救急医療施設（常時対応型施設）の指定を受けたいので、大阪市精神科救急医療施設指定要領第3条第2号の規定により、申請します。

記

	項 目	内 容	添 付 資 料	
1	受入体制	24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置（診療所等の当該医療機関以外の医師や看護職員が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含むものとする。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院であること。	<input type="checkbox"/> はい  <input type="checkbox"/> いいえ	※「はい」の場合は、 <b>前年度分の『精神科医師勤務体制表』</b> を添付してください。（12か月分）
2	診療報酬の算定状況	「精神科救急急性期医療入院料」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		「精神科救急・合併症入院料」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		「精神科急性期医師配置加算」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし