

【 記 入 要 領 】

該当する項目に回答ください

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）自己点検表

記入年月日： 年 月 日

医療機関名： 〃 〃 〃

本表の記入日、医療機関(病院・診療所)の名称を記入

1 療養担当規程に関する事項

- | | |
|---|--------|
| 1 受診者の診療を正当な事由無く拒んでいないか。 | はい・いいえ |
| 2 医療受給者証が有効であることを確かめ診療しているか。 | はい・いいえ |
| 3 受給者証記載医療の具体的方針変更の請、市町村と協議し、その承認を受けているか。 | はい・いいえ |
| 4 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。 | はい・いいえ |
| 5 支給認定の有効期間を延長する必要がある場合や、受診者に移送を行う必要があるとき、速やかに援助を与えているか。 | はい・いいえ |
| 6 支給認定を行った市町村から自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたとき、無償で交付しているか。 | はい・いいえ |
| 7 受診者に関する診療録に必要な事項を記載しているか。 | はい・いいえ |
| 8 診療及び診療報酬の請求に関する帳簿を完結の日から5年間保存しているか。 | はい・いいえ |

2 人員体制、設備等の整備状況に関する事項

- 【病院・診療所】**
- | | |
|--|--------|
| 1 患者やその家族に対して各種医療・福祉制度の照会や説明、カウンセリングが行えるスタッフについて体制が整備されているか。 | はい・いいえ |
| 2 診断及び治療を行うにあたって、別紙に掲げる十分な体制及び設備を有しているか。 | はい・いいえ |
| 3 適切な標榜科が示されているか。 | はい・いいえ |
| 4 自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が以下の要件を満たしているか。 | はい・いいえ |
| ①常勤の医師又は歯科医師であるか。 | |
| ②それぞれの医療の種類・専門科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が医師、又は歯科医師登録後、通算して5年以上あるか。 | |
| ③その他、担当する医療の種類により別紙に掲げる要件を満たしているか。 | |
- 【薬局】**
- | | |
|--|--------|
| 1 複数の医療機関からの処方箋を受け付けており、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。 | はい・いいえ |
| 2 通路、待合室など、身体障害者に配慮した設備構造が確保されているか。 | はい・いいえ |
- 【指定訪問看護事業者等】**
- | | |
|------------------------|--------|
| 1 適切な訪問介護等が行える事業所であるか。 | はい・いいえ |
| 2 そのために、必要な人員を配置しているか。 | はい・いいえ |

事項1 事項2【病院・診療所】 事項3
を回答

*回答が“いいえ”となる場合、その理由を提示願います

3 その他

- | | |
|--|--------|
| 1 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 | はい・いいえ |
| 2 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか。
また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。 | はい・いいえ |