施設の概要について

当該病院情報

| 当欧州民间书 | | | _ | | |
|-------------------------|----------------|------------|-----------------|---|----|
| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | | |
| | - | | | | |
| 医療機関コードを入力してください | | 市区町村を入力してく | ぎさい | | |
| 項目 | | 回答 | | | |
| 精神病床の病棟数 | | | | | |
| 応急入院の指定病院の有無 | | | | | |
| | | | | | |
| 同一法人・関連法人等での設置施設 | | 回答 | | | 回答 |
| 医療機関(訪問看護ステーションを含む)・介護保 | 検事業所 : 10ケタコード | | 障害福祉事業所:10ケタコード | | |
| | | | | • | |

施設の概要について

| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | | | |
|--------------|------|------|--|--|--|--|
| 0 | - | 0 | | | | |

| 項目 | 届出の有無 |
|-----------------------|-------|
| 認知行動療法の届出 | |
| 重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出 | |
| 依存症集団療法の届出 | |
| 摂食障害入院医療管理加算の届出 | |
| 精神科救急・合併症入院料の届出 | |

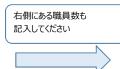
病院機能等

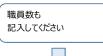
| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | |
|--------------|------|------|--|--|
| 0 | - | 0 | | |

| 病院機能等 | 有無 | 職員数 |
|---|----|-----|
| 診療報酬で算定される精神科専門療法「認知療法・認知行動療法」の施設基準に定められている研修を受けた医師 | | |
| 診療報酬で算定される精神科専門療法「認知療法・認知行動療法」の施設基準に定められている研修を受けた看護師 | | |
| 平成28年度診療報酬改定で新設された「依存症集団療法」の施設基準に定められている研修を受けた医師 | | |
| 救急患者精神科継続支援料の施設基準に定められた研修を受けた職員(医師、常勤看護師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士、常勤臨床心理技術者、常勤社会福祉士) | | |

施設の概要について

| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 |
|--------------|------|------|
| 0 | - | 0 |





| 7年1月1日の区が成民日で | 即但仍未 | 112576343 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|----------------|--|--------------|------------|------------|-----------------|-------|-----------|--|------------|----------|-------|-------|--------|---------|--------|------------|-------------|-------|------|-----|--------|-------------|-----------|
| 0 | - | 0 | | | | | | | | | | 7 > | • | | | | | | | | | | | | |
| | | | | , | | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 保護室 | | うち、カメラがついて . いる個室数 | | L医師数 | うち 指 | 定医数 | うち 特' | 定医師数 | 精神科でない | 遊割師 | 看謹職員 | PT | | ОТ | PSW | 心理技術 | i老 |
| | 許可 | 保険届出の | 措置入院の | Ellia Berlin | 公衆電話 の数 | BB-14 E-17 | 3 Bet ch +/ #/- | および | うち、トイレがつい | うち、カメラがついて | 4191111111 | I EZUPAX | 22(16 | ALEXX | 22(10) | CESTIFY | 医師数 | אינונית אל | 自设机关 | | | 01 | 1500 | 心之汉阿 | |
| | 精神病床数 | 保険届出の 精神病床数 | 措置入院の 指定病床数 | 届出入院料 | の数 | 開放区分 | 人院患者数 | 施錠可能個 | ている個室数 | いる個室数 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 字数 | | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 非常勤 | 常勤非常 | 助 常勤 非常勤 | 常勤 非常 | 一 常勤 | 非常勤 | 常勤 非常勤 | 常勤非常 | 含勤 |
| A = 1 | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

平成29年6月30日0時時点の在院患者

| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | | |
|--------------|------|------|--|--|--|
| 0 | - | 0 | | | |

| / | 中老、川河川平日 | □左+本 1 『☆ΨN | ∕⊤⊭Δ | .k4-Dil | → =∧⊯r | 入院年月 | 7 原色 用人会吃 | 喧嚣化二七年 | 护主北二左 师 | 所在地と | 住 | 所地 |
|--------------|----------|-------------|------|---------|---------------|-----------|-----------|---------------|----------------|------|---------|------|
| 病棟 | 患者シリアル番号 | 病棟入院料 | 年齢 | 性別 | 主診断 | (YYYY/MM) | 人院形態 | 隔離指示有無 | 拘果指示有無 | 住所地 | 都道府県 | 市区町村 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ļ | | | | | | | | | | | | |
| ļ | | | | | | | | | | | | ļ |
| ├ | | | | | | | | | | | | - |
| ļ | | | | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1 | |
| <u> </u> | | | | | | | | | | | | |
| <u> </u> | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | | - | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1 | |
| | | | | | | | | | | | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | † | 1 |
| | | | | | | | | | | | | 1 |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |

平成28年6月に医療保護入院した患者

| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | |
|--------------|------|------|--|--|
| 0 | - | 0 | | |

| 患者シリアル番号 | 年代 | <u>.</u> | 性別 | 主診断 | 同意者 | 当初の入院計画で の予測入院月数 | 退院支援委員 会の実施回数 | 患者本人の退 院支援委員会 への参加機会 | 家族参加 | 地域援助事業者参加 | 退院有無 | 退院年月 (YYYY/MM) | 入院継続中 の場合は入 院形態 |
|----------|----|----------|----|-----|-----|---------------------|------------------|----------------------------|------|-----------|------|-------------------|--|
| | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | + | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | + |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | <u> </u> |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | - | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | + |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

病院·診療所訪問看護部門調査

| 厚生局届出の医療機関番号 | 都道府県 | 市区町村 | | | |
|--------------|------|------|--|--|--|
| 0 | - | 0 | | | |

| すべての訪問 (精神疾患、身体疾患 | | |
|----------------------|---------------|--|
| 総利用者数(6月中の実人数) | | |
| | うち、医療保険での利用者数 | |
| | うち、介護保険での利用者数 | |

| 精神科訪問看護・指導料の算定 | 算定の有無 | 算定ありの場合の 6月中の実人数 |
|----------------|-------|---------------------|
| 精神科訪問看護・指導料の算定 | | |

「精神科訪問看護・指導料」の算定がない場合、以下は空欄でかまいません

保険種別を問わず、認知症を除く主傷病名が精神疾患の利用者について、訪問頻度別の人数を記入してください

| <u>主傷病名が認知症を除く精神疾患</u> の利用者の訪問看護の頻度 | 月1回未満 | 月1~3回 | 週1回 | 週2回 | 週3~5回 | 週6回以上 |
|-------------------------------------|-------|-------|-----|-----|-------|-------|
| 頻度ごとの人数(6月中の実人数) | | | | | | |

^{※「}主傷病名が認知症を除く精神疾患の利用者」とは、訪問看護指示書の「主たる傷病名」に精神疾患の診断、あるいは何らかの精神症状が記載されている者とする。

| 加算算定の有無および指定 | 算定・指定の有無 |
|-----------------|----------|
| 長時間精神科訪問看護·指導加算 | |
| 深夜訪問看護加算 | |
| 精神科緊急訪問看護加算 | |
| 夜間・早朝訪問看護加算 | |

| 複数名訪問看護加算 | |
|------------------|--|
| 精神科退院前訪問指導料 | |
| 精神科重症患者早期集中支援管理料 | |
| 指定自立支援医療機関の指定 | |

| 訪問看護に関わっている職員数(非常勤は常勤換算数を記入) | | | | | |
|------------------------------|-----|---------|-------|-----|--|
| | 看護師 | 精神保健福祉士 | 作業療法士 | その他 | |
| 常勤 | | | | | |
| 非常勤(常勤換算) | | | | | |

[※]非常勤職員数は、常勤に換算した数の合計を記入してください。例)週2.5日の非常勤職員が2人いる場合は「1人」と記入。