

様式39 の3

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

<p>1 紹介元医療機関について</p> <p>・保険医療機関の名称 ・連絡先</p> <p>・開設者名 ・担当医師名</p>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <p>・精神科救急入院料</p> <p>・精神科急性期治療病棟入院料</p> <p>・精神科救急・合併症入院料</p>

2 受入医療機関

<p>1 受入医療機関について</p> <p>・保険医療機関の名称 ・連絡先</p> <p>・開設者名 ・担当医師名</p>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <p>・精神病棟入院基本料</p> <p>・児童・思春期精神科入院医療管理料</p> <p>・精神療養病棟入院料</p> <p>・認知症治療病棟入院料</p>

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

〔記載上の注意〕

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。