

様式44の3

〔 認知療法・認知行動療法 〕 の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他（名称 ）

2 認知療法・認知行動療法2の専任の看護師に係る要件

- (1) 認知療法・認知行動療法1を行う外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名（ ）
 勤務した期間（ 年 月～ 年 月 ）
 同席した面接（ 回 ）

- (2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接（ 症例 回 ）
 うち、指導・確認を受けた面接（ 症例 回 ）
 指導・確認を行った者の氏名（ ）

- (3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名（ ）
 主催者名（ ）
 厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師（ ）

〔記載上の注意〕

- 1 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
 2 「2」(3)について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
 3 「2」(3)について、適切な研修を修了したことを確認できる資料（修了証、プログラム等）を添付すること。