

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

1 紹介元医療機関について

・保険医療機関の名称 ・連絡先

・開設者名 ・担当医師名

2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。

- ・精神科救急急性期医療入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料
- ・精神科救急・合併症入院料

2 受入医療機関

1 受入医療機関について

・保険医療機関の名称 ・連絡先

・開設者名 ・担当医師名

2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。

- ・精神病棟入院基本料
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料
- ・精神療養病棟入院料
- ・認知症治療病棟入院料
- ・精神科地域包括ケア病棟入院料

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。