

経頭蓋磁気刺激療法の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|------|----------------------|----------------|
| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | |
| 科 | | | |
| 2 うつ病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | うつ病の治療の経験年数 | 所定の研修 修了年月日 |
| | 時間 | 年 | |
| | 時間 | 年 | |
| 3 認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 認知療法・認知行動療法 の経験年数 | 講習の受講 年月日 |
| | 時間 | 年 | |
| | 時間 | 年 | |
| 4 当該病院で届出を行っている施設基準（いずれかを選択すること。） | | | |
| (イ) 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算 (ロ) 「A238-6」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 (ハ) 「A238-7」精神科救急搬送患者地域連携受入加算 (ニ) 「A249」精神科急性期医師配置加算 (ホ) 「A311」精神科救急急性期医療入院料 (ヘ) 「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料 (ト) 「A311-3」精神科救急・合併症入院料 | | | |

〔記載上の注意〕

- 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「2」及び「3」について、医師の所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。