

在宅医療における患者紹介等の事案の報告について(平成____年____月)

厚生局(事務所)名称	____厚生局____事務所
通報者名・連絡先	氏名:(____) 連絡先:(____)
対象施設等 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	○施設類型:(養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ 有料老人ホーム 認知症高齢者グループホーム ・ サービス付き高齢者向け住宅 賃貸住宅等(サービス付き高齢者向け住宅を除く) ・ その他(____))
患者紹介の仲介者 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	○法人種別:(医療法人 ・ 社会福祉法人 ・ 株式会社又は有限会社(介護関連) 株式会社又は有限会社(不動産、建設業) ・ NPO法人 その他(____)) ○対象施設等との関係:(対象施設等自身 ・ 仲介者と特別の関係※ ・ グループ法人 その他(____))
患者紹介を受けた医療機関等 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	医科(病院 ・ 有床診療所 ・ 無床診療所) ・ 歯科 ・ 薬局 訪問看護ステーション ・ その他(____)
特定の医療機関等が医行為等を行うことによって発生している問題(不適切事例) *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	患者による医療機関等の選択を制限するおそれ ・ 過剰診療を惹起するおそれ 診療の質の低下を惹起するおそれ ・ その他(____)
概要 *わかる範囲で、該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	○患者紹介等の契約書、覚書:(有 ・ 無) ○独占契約の有無:(有 ・ 無)
	○医療機関に対して勧誘を行った主体: (対象施設等 ・ それ以外の仲介者 ・ 医療機関側から持ちかけた ・ その他(____)) ○(それ以外の仲介者からの勧誘の場合) 医療機関から仲介者に対する仲介料の支払い (有 ・ 無)
	○医療機関から対象施設等に対する支払額: (1人あたりの額(____)円) ・ 保険請求額に対する割合:(____割))
	○対象施設等における訪問診療の対象患者数: 1回あたり(____)人 ・ 1ヶ月あたり(____)人
	○対象施設等における訪問診療の対象患者割合: (施設入居者数(____)人)の(____割))
	○対象施設等における1人あたりの平均診療時間: (____)時間(____)分
	○1ヶ月あたりの当該施設への訪問診療回数:(____)回
	○上記以外の情報:
備考 *該当するものに丸。 その他、把握した情報等を具体的に記載	○把握後の貴組織としての対応:(把握のみ ・ 対応)
	○上記で、「対応」の場合、具体的な内容:
	○その他:

※「特別の関係」とは、両者の代表者が同一の場合、両者の代表者が親族等の場合、両者の役員等のうち他方の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合、人事・資本等の関係を通じて経営方針に重要な影響を与えることができると認められる場合をいう。