

添付書類 1 - 3 (精神科救急医療)

医療法第 4 2 条の 2 第 1 項第 5 号の要件に該当する旨を説明する書類

申請者名： _____ 印

住 所： _____

以下のとおり相違ありません。

病 院 名	
病院の所在地	
管轄保健所名	

[時間外等診療件数]

区 分	初 診 料 (A)	再 診 料 (B)	内 電話等による 再診料 (C)	合 計 (A+B-C)
時間外加算の算定件数	件	件	件	① 件
休日加算の算定件数	件	件	件	② 件
深夜加算の算定件数	件	件	件	③ 件
時間外加算の特例の算定件数	件	件	件	④ 件
時間外等診療件数 (①+②+③+④)				⑤ 件

(記載上の注意事項)

- 直近に終了した 3 会計年度における時間外等診療件数を記載すること。

添付資料

- 時間外等診療件数明細表
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和 2 5 年法律第 1 2 3 号) 第 3 3 条の 4 の規定に基づく応急入院指定病院である旨を証明する書類 (指定書等の写し) を添付すること。

[精神科救急医療圏]

精神科救急医療圏名	人 口	
	⑥ 人 (統計表名)	
人口 1 万人対時間外等診療件数 (⑤/⑥×10,000)		人

(記載上の注意事項)

- 直近に公表された国勢調査又は人口推計年報 (総務省統計局) による都道府県又は市区町村別の人口総数の合計数を記載すること。

時間外等診療件数明細表

(自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

区 分	初 診 料 (A)	再 診 料 (B)	内 電話等による再診 (C)	合 計 (A+B-C)
時間外加算の算定件数	件	件	件	件
休日加算の算定件数	件	件	件	件
深夜加算の算定件数	件	件	件	件
時間外加算の特例の算定件数	件	件	件	件

(自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

区 分	初 診 料 (A)	再 診 料 (B)	内 電話等による再診 (C)	合 計 (A+B-C)
時間外加算の算定件数	件	件	件	件
休日加算の算定件数	件	件	件	件
深夜加算の算定件数	件	件	件	件
時間外加算の特例の算定件数	件	件	件	件

(自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

区 分	初 診 料 (A)	再 診 料 (B)	内 電話等による再診 (C)	合 計 (A+B-C)
時間外加算の算定件数	件	件	件	件
休日加算の算定件数	件	件	件	件
深夜加算の算定件数	件	件	件	件
時間外加算の特例の算定件数	件	件	件	件

(合 計)

区 分	初 診 料 (A)	再 診 料 (B)	内 電話等による再診 (C)	合 計 (A+B-C)
時間外加算の算定件数	件	件	件	件
休日加算の算定件数	件	件	件	件
深夜加算の算定件数	件	件	件	件
時間外加算の特例の算定件数	件	件	件	件

(記載上の注意事項)

○ (合計) の表以外については、会計年度毎に記載すること。