

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)自己点検表(病院又は診療所用)

医療機関名: _____

電話番号: _____

| 点検項目 | | チェック欄 1 |
|------------------------|--|------------|
| 1 基本方針 | (1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 | |
| 2 療養担当 規程の 遵守状況 | (1) 受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。 | |
| | (2) 医療受給者証が有効であること(有効期間、指定医療機関名等)を確認した上で診療しているか。 | |
| | (3) 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。 | |
| | (4) 支給認定の期間の有効期間を延長する必要があると認めるとき、又は受診者に対し移送を行うことが必要であり、自ら行うことができないと認めるときには、必要な援助を与えているか。 | |
| | (5) 支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。 | |
| | (6) 診療録に必要な事項を記載しているか。 | |
| | (7) 診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を、完結の日から5年間保存しているか。 | |
| 3 人員体制、 設備の整備 状況 | (1) 診断及び治療を行うに当たって、十分な体制を有しており、適切な標榜科を示しているか。 | |
| | (2) 指定自立支援医療を主として担当する医師が次の要件を満たしている保険医療機関であるか。 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。 (但し、歯科矯正に関する医師については、診療時間が十分に確保され、不在の場合にも常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合には、専任の歯科医師でも差し支えない。) 医療の種類の特科科目について、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍登録後、通算して5年以上あること。 | |
| | | |
| 4 その他 | (1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。 | |
| | (2) 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。 | |
| | (3) 高額長期疾病に該当する受診者については、「特定疾病療養受療証」の所持について確認をしているか。 | |

1 各項目について、適切な場合は「○」、不適切な場合は「×」をつけてください