自己点検表（訪問看護）【指定区分：育成医療／更生医療／精神通院医療】

※ 該当する区分を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 点　　検　　項　　目 | 点検結果該当するものに○をつけてください。 |
| １基本方針 | (1) | 　支給認定に係る障がい者等の心身の障がい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おられますか。 | 適 | 不適 |
| ２療養担当規程の遵守状況 | (1) | 受診者の訪問看護を正当な事由がなく拒んでいませんか。 | 適 | 不適 |
| (2) | 医療受給者証が有効であることを確認した上で訪問看護を行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| 医療受給者証をどのような方法で確認をされているかを、以下にご記載ください。（例：健康保険証の提示の際に合わせて確認している。） |
| (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訪問看護を行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| (4) | 　訪問看護に関する諸記録に必要な事項を記載されていますか。 | 適 | 不適 |
| (5) | 訪問看護及び訪問看護報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から５年間保存しておられますか。 | 適 | 不適 |
| ３人員体制，設備の整備状況「指定訪問看護事業者等」 | (1) | 　適切な訪問看護等が行える事業者でおられますか。 | 適 | 不適 |
| (2) | 　そのために必要な人員を配置されていますか。 | 適 | 不適 |
| ４その他 | (1) | 　自立支援医療費の請求は、適正に行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| (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されていますか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしておられますか。 | 適 | 不適 |
| (3) | 　医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われていますか。 | 適 | 不適 |

上記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　指定自立支援医療機関　名称：

　　　　所　在　地：

　　　　電話番号：

　　　　開　設　者：