

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)</p>	<p>()</p>
<p>行動制限最小化に係る委員会</p>	<p>開催回数 () 回/月</p> <p>参加メンバー (職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>行動制限最小化に係る基本指針の作成日時</p>	<p>平成 年 月 日作成</p>
<p>研修会の実施頻度</p>	<p>開催回数 () 回/年</p>

備考 行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。