

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

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

備考 行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。