

指定自立支援医療機関(精神通院医療)自己点検表(薬局用)

医療機関名: _____

電話番号: _____

| 点検項目 | | チェック欄 |
|----------------|-----|---|
| 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) | 受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 |
| | (2) | 医療受給者証(申請中の場合は、申請書の控え)が有効であることを確認した上で調剤しているか。 |
| | (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調剤しているか。 |
| | (4) | 調剤録に必要な事項を記載しているか。 |
| | (5) | 調剤及び調剤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) | 複数の医療機関からの処方箋を受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。 |
| 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。 |

チェック欄に適切な場合は「○」、不適切な場合は「×」をつけてください