

(様式第 1 号の 2)

千葉県依存症専門医療機関選定申請調査書

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

1 精神保健指定医または公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医について

氏名	常勤又は 非常勤の別	非常勤の場合 勤務日・時間 等	該当するものに○	
			精神保健 指定医	学会認定 専門医

※精神保健指定医証の写し又は学会発行の認定証の写しを添付すること。

2 依存症の医療の概要（入院・外来で実施しているものについて記載すること。）

（1）専門性を有した医師が担当する入院医療の概要

依存症種別	担当医師名	入院医療の概要

※入院医療の概要について患者・家族等への配布資料等があれば添付すること。

（2）認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の概要

依存症種別	外来医療の概要

※外来医療の概要について患者・家族等への配布資料等があれば添付すること。

3 依存症にかかる研修の受講状況（希望する依存症の種別に応じて記載すること。）

- (1) 「依存症対策全国拠点機関設置運営事業実施要綱」で定める「依存症治療指導者養成研修」
(種別：アルコール健康障害・薬物・ギャンブル等)

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

- (2) 「重度アルコール依存症入院医療管理加算（診療報酬）」の算定対象となる研修
(種別：アルコール健康障害)

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

- (3) 「依存症集団療法（診療報酬）」の算定対象となる研修（種別：薬物）

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

- (4) その他、本県が実施する又は認めた類似の研修等

(「依存症対策総合支援事業実施要綱」で定める依存症医療研修)

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

4 依存症にかかる診療実績

(1) 入院医療の診療実績（直近1か年の患者数）

依存症種別	() 年度	
	実人員	延人員
アルコール健康障害		
薬物依存症		
ギャンブル等依存症		

(2) 認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の診療実績（直近1か年

依存症種別	() 年度		プログラムの名称等
	実人員	延人員	
アルコール健康障害			
薬物依存症			
ギャンブル等依存症			

※専門プログラムへの参加人数を記入すること（複数実施の場合は参加総数を計上すること。）

(3) 3カ月以上治療継続している症例（2事例）

申請希望の依存症種別ごとに記入。

依存症種別	年代	実施プログラム名（療法名）と実施内容	
アルコール健康障害		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
薬物依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
ギャンブル等依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	

5 依存症関連問題に対する連携状況（実績）

（１）相談機関との連携状況（実績）

相談機関の名称	連携内容

（２）医療機関との連携状況（実績）

医療機関の名称	連携内容

（３）民間団体（自助グループを含む。）等との連携状況（実績）

民間団体の名称	連携内容

（４）依存症回復支援機関との連携状況（実績）

名称	連携内容

（５）上記以外の連携状況（実績）

名称	連携内容

※連携状況については、「定期的な検討会議」等が想定される。

6 診療実績を報告する担当者の所属・氏名

担当者所属・氏名	
----------	--