報告日：令和　　年　　月　　日

医療機関等名称：

不適切な場合における報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　点検番号 | 　　　　　　今後の対応・改善策 |
|  |  |
|

 　※指定自立支援医療機関（精神通院医療）自己点検表において、点検結果の「不適切」に該当があった場合にのみ、その該当する点検番号を記入の上、併せて今後の対応及び改善策を具体的に記入すること。