

「機能強化加算」「地域包括診療加算」について

当院では「機能強化加算」「地域包括診療加算」の届出を行っています。

1. 地域におけるかかりつけ医として、
健康診断の結果等健康管理にかかる相談、保健・福祉サービスや
介護保険に関する相談、また予防接種の実施・相談にも
応じています。
介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談にも対応しています。
2. 在宅医療（往診・訪問診療等）を行っています。
3. 他医療機関で処方されている薬の把握、必要な服用管理を
行います。お薬手帳をご持参ください。
4. 患者さんの状態に応じ28日以上長期投薬をおこなっています。
また、リフィル処方箋を交付することも可能です。
5. 診察上必要に応じ専門医師又は専門医療機関への紹介を行います。
6. 時間外の間い合わせには
待機看護師1名による電話対応、医師への連絡にも対応しており、
24時間連絡体制を確保しています。

「外来感染対策向上加算」について

当院では「外来感染対策向上加算」の届出を行っています。

I 厚生労働省の定めにより郡市医師会との連携を諮りながら院内感染防止対策に努めてまいります

1. 感染防止対策部門の設置

2. 院内感染管理者は

* 定期的な院内巡回による院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行い、また職員に対し定期的に研修を行う。

* 連携する医師会等が主催するカンファレンスへの参加、また訓練に参加する。

* 抗菌薬の適正な使用についての取組に務める。

II 外来において受診歴の有無にかかわらず、発熱その他感染症を疑われる症状を呈する患者の受け入れに対応しています。

III 「第二種協定指定医療機関」の指定を受け新興感染症の発生時などに県からの要請を受け感染症患者を受け入れる体制をとっています。

小野主生医院

医療情報取得加算に関して

- オンライン資格確認を行う体制を有しています。
- 受診歴、薬剤情報、特定健診情報、その他必要な診療情報を取得活用して診療を行います。

小野主生医院

明細書発行体制等加算

* 算定した診療報酬の区分項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を無料で交付しています。

コンタクトレンズ検査料について

当院は、「コンタクトレンズ検査 1」の施設基準に適合している旨、九州厚生局長に届出を行っています

初診料	291 点
機能強化加算	80 点
再診料	81 点
時間外対応加算	1 点
明細書発行体制加算等	5 点
外来感染対策向上加算（月 1 回）	6 点
コンタクトレンズ検査料	200 点

*1 点=10 円で換算されます。

*保険別負担割合により 1 割~3 割を請求させていただきます。

診療医師名：小野 美子（眼科専門医）

眼科診療経験：厚生労働省の施設基準に定める
経験を有しています。

*厚生労働省が定める疾病の治療によっては、上記のコンタクトレンズ検査料ではなく、眼科学的検査で算定する場合があります。

*過去にコンタクトレンズ検査料を算定されている場合は再診料の算定となります

*上記についてご不明な点はお相談下さい。

「一般名処方」について

当院では後発医薬品の使用促進を図るとともに、
 医薬品の安定供給に向けた取り組みなどを実施しています。
 現在、一部の医薬品について十分な供給が難しい状況が続いています。
 後発医薬品のある医薬品について、
 特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした
 一般名処方（一般的な名称により処方箋を発行すること※）
 を行う場合があります。

一般名処方によって特定の医薬品の供給が不足した場合であっても、
 患者さんに必要な医薬品が提供しやすくなります。

一般名処方について、ご不明な点などがありましたらご相談ください。
 ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

処方せん									
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>									
公費負担者番号					保険者番号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	男・女	電話番号	保険医氏名					
	区分	被保険者	被扶養						
	交付年月日	平成	年	月	日				
処方	商品名で記載 1) <u>カロナール錠</u> 200mg 1錠 【発熱時】 (6回分)								
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名								
調剤年月日		平成	年	月	日	公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号							

処方せん									
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>									
公費負担者番号					保険者番号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	男・女	電話番号	保険医氏名					
	区分	被保険者	被扶養						
	交付年月日	平成	年	月	日				
処方	一般名で記載 1) <u>【般】アセトアミノフェン</u> 200mg 1錠 【発熱時】 (6回分)								
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名								
調剤年月日		平成	年	月	日	公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号							

令和5年4月

小野主生医院