

施設基準の届出状況等に係る報告書類（基準日 平成 年 10 月 1 日）

1. 施設基準の届出状況（該当する項目にチェックをすること。）

項 目	施設基準	基準日における届出状況	
		有	無
脳卒中地域連携	B005-2 地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（脳卒中に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（脳卒中に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
がん地域連携	B005-6 がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B005-6-2 がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24時間t-PA体制	A205-2 超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 病床数

(1) 医療法許可病床数

病床区分	病床数
一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
合 計	床

(2) D P C 算定病床数（該当する区分等にチェックをすること。）

入院基本料・特定入院料		区分等	病床数
A 100 一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 7 対 1、 <input type="checkbox"/> 7 対 1（経過措置）、 <input type="checkbox"/> 10 対 1		床
A 104 特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7 対 1、 <input type="checkbox"/> 7 対 1（経過措置）、 <input type="checkbox"/> 10 対 1		床
A 105 専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7 対 1、 <input type="checkbox"/> 7 対 1（経過措置）、 <input type="checkbox"/> 10 対 1		床
A 300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 4		床
A 301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2		床
A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料			床
A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料			床
A 301-4 小児特定集中治療室管理料			床
A 302 新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2		床
A 303 総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2		床
A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料			床
A 305 一類感染症患者入院医療管理料			床
A 307 小児入院医療管理料	1		床
	2		床
	3		床
	4		床
合 計			床

(注) D P C 算定病床数について、入院基本料（A100からA106）には特定入院料（A300からA317）及び短期滞在手術基本料（A400）を算定する病床は含まない。

(例) D P C 算定病床数の合計が200床でA307小児入院医療管理料50床を届け出ている場合で看護配置が7対1の場合、以下のように記入する。

(A100 一般病棟入院基本料 (7対1) : 150床)
 (A307 小児入院医療管理料 : 50床)

平成 年 月 日
 保険医療機関番号 ()
 保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

様式 2 に係る担当者氏名・所属部署・連絡先
 氏 名 ()
 所属部署 ()
 連絡先 (- -)