

有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書（平成30年 月 日現在）

受付番号 ※ _____

（別紙4） 【有床診療所記入用】

医療機関名					開設者番号	介護保険適用の病床の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	都道府県名	郡市区町村名					
届出区分		許可病床数	医療保険届出病床数	稼働病床数	1日平均入院患者数	現員数			施設基準 （該当する記号全てに○） ※該当する場合は実績件数も記載すること。	実績件数	診療科名			加算の届出		
						看護師	准看護師	看護補助者								
有床診療所入院基本料 1									イ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。	訪問件数 件	1. 内科	2. 心療内科	○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
有床診療所入院基本料 2									ロ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上である。（予定入院は除く。）	入院件数 件	3. 精神科	4. 神経科(又は神経内科)	○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
有床診療所入院基本料 3									ハ 夜間看護配置加算1又は2の届出を行っている。	受入割合 割	5. 呼吸器科	6. 消化器科(又は胃腸科)	○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
有床診療所入院基本料 4									ホ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上である。		看護取件数 件	7. 循環器科	8. アレルギー科	○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
有床診療所入院基本料 5									ヘ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上である。	当該患者数 件		9. リウマチ科	10. 小児科	11. 外科	○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
有床診療所入院基本料 6									ト 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数(分娩を除く。)が30件以上である。		分該患者数 件	12. 整形外科	13. 形成外科	○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
療養病床									チ 医療資源の少ない地域※に所在する有床診療所である。	分該患者数 件		14. 美容外科	15. 脳神経外科	○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
1 入院									※特定一般病棟入院料の法1に規定する地域		分該患者数 件	16. 呼吸器外科	17. 心臓血管外科	○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
2 特別 <small>※いづれかに○をする</small>		()	()	()					リ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、短期入所療養介護若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者である。	分該患者数 件		18. 小児外科	19. 皮膚泌尿器科(又は皮膚科、泌尿器科)	○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
									ヌ 過去1年間の分娩を行った総数(帝王切開を含む。)が30件以上である。		分娩件数 件	20. 性病科	21. こう門科	○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
									ル 過去1年間に、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定した実績がある。	イ〜ルの該当数: 件		22. 産婦人科(又は産科、婦人科)	23. 眼科	24. 耳鼻いんこう科		
									※ 有床診療所入院基本料1〜3については、上記要件のうち2つ以上に該当すること。			25. 気管食道科	26. リハビリテーション科			
												27. 放射線科	28. 麻酔科	29. 歯科		

東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の利用に関する届出書(平成30年__月__日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 _____

利用する特例措置 ※別添「特例措置の概要」 の番号を記載すること	番号: _____ 2を利用する場合は、「別紙2」(有床診療所は「別紙4」)を添付し、以下について記載 ・被災当時より現在も入院中の被災患者数: _____人 ・被災患者を受け入れている病床数: _____床
	17を利用する場合は、その入院日(※複数名いる場合は、すべての者の入院日を記載) 平成__年__月__日
	利用開始日 平成__年__月__日
平成30年__月時点で特 例措置を利用する理由 ※該当するものに○(複 数回答可) ※その他の場合は詳細 に理由を記載すること	1. 医師や看護師の確保が困難であり、不足しているため
	2. 転院する施設に申し込んでいるが、後方病床が不足しており、患者の転院が困難であるため
	3. 入所する施設に申し込んでいるが、受入体制が整っていないことにより、患者の退院が困難であるため
	4. 転院・入所する施設が見つかっていないことにより、患者の退院が困難であるため
	5. 自宅の倒壊や家族等の受入体制が整っていないことにより、患者の退院が困難であるため
	6. その他(_____)
特例措置の利用を継続 する必要性、今後の見 通し(被災の影響等につ いて詳細に記載するこ と)	

(医療機関名) _____ (所在地) _____

(担当者) _____ (連絡先) _____

- ※1 本様式の書式は変えないこと。
- ※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。
- ※3 所在地は市町村名まで記載すること。
- ※4 実績については、届出を行う月の前月の実績を記載すること。
- ※5 記載事項について問い合わせる場合もあるので、なるべく詳細に記載すること。
- ※6 特例措置「5 月平均夜勤時間数」及び「8 看護配置」など職員数に係る措置を利用する場合は、当該保険医療機関における看護職員の確保や勤務環境改善の取組について、届出の先後を問わず適切な時機を捉えて各都道府県、ナースセンター、医療勤務環境改善支援センター等に相談することとする。