

施設コード

都道府県名：

保険医療機関の名称：

1. 施設基準の届出状況（該当する項目にチェックすること。）

項目	医科点数表に規定する診療料	基準日における届出状況		確認部署名 ※地方厚生(支)局にて記入
		有	無	
救急医療	A205 救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
精神科身体合併症の受入体制	A230-3 精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	A311-3 精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. DPC算定病床数（該当する区分等にチェックするとともに、病床数を記載すること。）

医科点数表に規定する診療料	区分等	病床数	確認部署名 ※地方厚生(支)局にて記入
A100 一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 1（7対1） <input type="checkbox"/> (7対1 夜勤時間超過減算) <input type="checkbox"/> 2（10対1） <input type="checkbox"/> (10対1 夜勤時間超過減算) <input type="checkbox"/> 3（13対1） <input type="checkbox"/> (13対1 夜勤時間超過減算) <input type="checkbox"/> 4（15対1） <input type="checkbox"/> (15対1 夜勤時間超過減算) <input type="checkbox"/> 特別入院基本料 <input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当	床	
A104 特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 1のイ（7対1） <input type="checkbox"/> 1のロ（10対1） <input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当	床	
A105 専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 1（7対1） <input type="checkbox"/> 2（10対1） <input type="checkbox"/> 3（13対1） <input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当	床	
A300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	床	
A301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	床	
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	床	
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		床	
A301-4 小児特定集中治療室管理料		床	
A302 新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	床	
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	床	
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料		床	
A305 一類感染症患者入院医療管理料		床	
A307 小児入院医療管理料	1	床	
	2	床	
	3	床	
	4	床	
合 計		床	

(注) DPC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。

3. 指導医療官の派遣状況（大学病院のみ入力）

	地方厚生(支)局への派遣状況				大学病院復帰後の勤務状況				確認部署名 ※地方厚生(支)局にて記入											
	派遣先	派遣期間			勤務期間		勤務内容													
A		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 教育への従事
B		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 教育への従事
C		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 教育への従事
D		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 教育への従事
E		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 教育への従事

(注) 以下の基準のいずれかを満たす者を記載すること。

- ・地方厚生（支）局に派遣された後6ヶ月以上指導医療官として勤務しており、基準日において現に当該局に勤務中の者
 - ・地方厚生（支）局に1年以上在籍した後、派遣元の病院に復帰した日から基準日において1年以内の者であって、当該病院において保険診療の教育に携わっている者
- なお、基準日において地方厚生（支）局勤務中の者については、「大学病院復帰後の勤務状況」欄への記載は不要。

(注) 大学病院に復帰した後、当該病院において保険診療の教育に携わっている場合は、「教育への従事」にチェックすること。

(注) 基準日において引き続き大学病院に勤務している場合は、勤務期間の終了日を空欄にすること。

標記について、上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地

開設者名

_____ 印

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先

氏名 ()

所属部署 ()

連絡先 (- -)

厚生労働省保険局医療課長 殿