

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書（8月報告）

医療機関コード：

（※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。）

保険医療機関名：

| 1 届出入院料： | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------|------|----------------|---------|
| 2 当該病院の許可病床数 | | | | | 床 |
| 3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | | | 科 |
| 4 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の 経験年数 | 検査の経験年数 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| 5 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 6 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 7 連携する保険医療機関の名称： | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| 8 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 9 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 10 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数 | | | | | 例 |
| うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数 | | | | | 例 |

[記載上の注意]

1 常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。