

地域医療体制確保加算に係る報告書

(令和 6 年 8 月 1 日)

都道府県名

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 当該加算の届出を行う病棟の種別及び病床数 | 入院基本料又は特定入院料 (プルダウン、または、「別表」から選択すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。) | 病棟(室)数 | 病床数 |
|----------------------------------|---|----------|----------|
| | | | 棟 (室) |
| ※ 現時点(令和 6 年 8 月 1 日)の情報を記載すること。 | | 棟 (室) | 床 |
| | | 棟 (室) | 床 |
| | | 棟 (室) | 床 |
| | | 棟 (室) | 床 |
| | | 棟 (室) | 床 |
| | | 棟 (室) | 床 |
| | 合計 | — | 床 |
| 2 救急用の自動車等による搬送実績 | 期間: 令和 5 年 4 月 ~ 6 年 3 月 | | |
| | 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数: () 件 | | |
| 3 届出状況 | <input type="checkbox"/> 「A 2 3 7」ハイリスク分娩等管理加算 (ハイリスク分娩管理加算に限る。) | | |
| | <input type="checkbox"/> 「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料 | | |
| | <input type="checkbox"/> 「A 3 0 1 - 4」小児特定集中治療室管理料 | | |
| | <input type="checkbox"/> 「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料 | | |
| 4 指定状況 | <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター | | |
| 5 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 様式 17 の 2 に記載すること。 | | |

〔記載上の注意〕

1 「1」については、「病棟(室)数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟(室)数を、「病床数」欄には同一区分の病棟(室)の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟(室)の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。

2 「2」については、令和 5 年 4 月 ~ 6 年 3 月の 1 年間の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。

3 様式 17 の 2 を添付すること。