

別紙 2-2 (無床診療所用)

遡及指定の希望に係る（ 予定届出書 ・ 届出書 ）
（無床診療所用）

当院（新医療機関 名称）は、（旧医療機関 名称）からの患者を引き続き診療する等、別添のとおり、診療実態が変わらないため、年 月 日を遡及指定日として遡及指定を希望するとともに、当院において、同日より、別に届出する施設基準に係る診療報酬の算定を希望します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関の所在地

開設者名：

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail :

別添

【基本情報】※ 予定届出書の場合は、可能な範囲で記載すること。

	旧医療機関	新医療機関
保険医療機関コード		(ある場合のみ記載)
保険医療機関名称		
開設者		
管理者		
医療機関の所在地		
新旧医療機関の直線距離		km (小数第1位まで)
主な標榜診療科目		
外来・在宅患者の引継ぎ		有 ・ 無
診療する医師の引継ぎ		有 ・ 無
診療する医師の人数	常勤 : 人 非常勤 : 人 (常勤換算)	常勤 : 人 (うち、旧医療機関で 常勤雇用 : 人 非常勤雇用 : 人 (常勤換算)) 非常勤 : 人 (常勤換算) (うち、旧医療機関で 常勤雇用 : 人 非常勤雇用 : 人 (常勤換算))
診療録の引継ぎ		有 ・ 無
過去に診療した患者からの問い合わせへの対応		有 ・ 無

【新医療機関で届出（予定）を行う施設基準】

[illegible]