

保険医療機関の現況

- 1. 保険医療機関の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 1＞
- 2. 職員数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 2＞
- 3. 保険医及び保険薬剤師の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 3＞
- 4. 看護師等その他の従事者の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式 4＞
- 5. 患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図と診療報酬明細書等の作成から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求業務の流れ図（入院・入院外別）・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
- 6. 保険外負担一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
- 7. 委託業務一覧表（医療法施行規則に定めるもののほか全ての委託業務を含む）
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
- 8. 施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は、訪問先施設の名称、所在地及び患者数を記した一覧表・・・・・・・・・・様式任意

注 1 **様式 1** から **様式 4** については、指定様式の各項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

注 2 項番 6 から 8 については、該当するものについて提出をお願いいたします。

※ 電子カルテにより診療を行っている場合は、上記「保険医療機関の概要＜様式 1＞」の該当箇所の記載に合わせて「電子カルテの運用管理規程」等の添付をお願いします。

1. 保険医療機関の概要

(令和 年 月 日現在)

名 称					
所在地	〒 ー 電話 (ー ー) FAX (ー ー) メールアドレス ()				
開設者名					
管理者名					
標榜診療科名					
標榜診療時間	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
実診療時間等	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
受付時間	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
	(ー 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分				
休 診 日					
設 備 等	病棟種別及び病床数	特別の療養環境の提供 (差額ベッド)			備 考
	病棟 床	1人室	円	床	
		2人室	円	床	
	病棟 床	3人室	円	床	
		4人室	円	床	
	入院時食事療養費	有 ・ 無			
	エックス線等設備	・レントゲン ・CT (列) ・MRI (列) ・その他 ()			
	リハビリ設備等	有 ・ 無 (受付、診察室、リハビリ室等の配置がわかる平面図を添付願います)			
届出を行っている施設基準 (注加算を含む)					

診 療 録 等	記 載 の 時 期	・診療の都度　・後刻	
	電子カルテの導入	・無　・有　※有の場合、以下の項目を記入願います。	
	操 作 機 器 の 台 数	_____台　　設置場所：	
	システムベンダー	名称：	
	運 用 管 理 規 程	・定めていない　・定めている（　　　年　　月　　日規定）	
	ア ク セ ス 権 限	・無制限（　　　）　・一部制限（　　　）　・閲覧のみ（　　　）	
	ID　付　与	・個別　・共用　・一部共用	
	利 用 者 認 証	二要素認証の導入：　あり　・　なし	
	認証にパスワードを使用する場合	パスワード桁数：　　　桁	
	追記、書換、削除	・可能　（更新履歴有・更新履歴無）　・不可能	
	記 録 の 確 定 処 理	・マニュアル確定　・自動確定（　　　時間後・　　　日後）	
	デ　ー　タ　の　保　存	・ホストコンピューター　・バックアップ（　　　）	
診 療 報 酬 明 細 書 の 作 成	作 成 担 当 者	・管理者　・保険医　・事務員　・その他（　　　）	
	内 容 点 検	・管理者　・保険医　・事務員　・その他（　　　）	
	診 療 録 と の 照 合	・管理者　・保険医　・事務員　・その他（　　　）	
そ　　の　　他 ※ 直近1年間の実績	後 発 医 薬 品 の 使 用 状 況	・院内処方における後発医薬品使用割合	約　　　　　%
		・後発医薬品の院内在庫割合	約　　　　　%
		・院外処方箋における後発医薬品了承割合	約　　　　　%
	1日あたり患者数	・入院　　　人　・外来　　　人　・訪問診療（在宅）　　　人	
	在 宅 医 療	・月平均 約　　　人　（左記の患者のうち、自宅の割合　　　%）	

2. 職員数

(令和 年 月 日現在)

職 種	常 勤 (名)	非常勤 (名)	備 考
医師			
歯科医師			
薬剤師			
保健師			
助産師			
看護師			
准看護師			
看護補助者			
理学療法士			
作業療法士			
視能訓練士			
言語聴覚士			
歯科衛生士			
歯科技工士			
診療放射線技師			
臨床検査技師			
臨床工学技士			
あん摩マッサージ指圧師			
柔道整復師			
管理栄養士			
栄養士			
精神保健福祉士			
社会福祉士			
介護福祉士			
保育士			
公認心理師			
歯科助手			
その他の技術員			
事務職員			
その他の職員			
合 計			

注1 「備考」欄には、休職者など特記すべき事項を記載してください。

2 「医師」及び「歯科医師」については、「備考」欄に研修医数（再掲）を記載してください。
また、「看護補助者」については、「備考」欄に派遣職員の看護補助者数（再掲）を記載してください。

3 職種（資格等）が重複する者がいる場合には、主たる業務（職種）に計上してください。

※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

3. 保険医（医師・歯科医師）及び保険薬剤師の概要

（令和 年 月 日現在）

	役職名 診療科	氏名	保険医・保険薬剤師 登録記号番号	採用年月日	勤務形態	備考
1					常勤・非常勤	
2					常勤・非常勤	
3					常勤・非常勤	
4					常勤・非常勤	
5					常勤・非常勤	
6					常勤・非常勤	
7					常勤・非常勤	
8					常勤・非常勤	
9					常勤・非常勤	
10					常勤・非常勤	
11					常勤・非常勤	
12					常勤・非常勤	
13					常勤・非常勤	
14					常勤・非常勤	
15					常勤・非常勤	
16					常勤・非常勤	
17					常勤・非常勤	
18					常勤・非常勤	
19					常勤・非常勤	
20					常勤・非常勤	
合 計		名				

注1 当該保険医療機関に勤務する医師、歯科医師、薬剤師について、それぞれ常勤、非常勤の順に記載してください。

2 保険薬剤師登録票を所有していない薬剤師について、「登録記号番号」欄は空欄となります。

3 非常勤の場合、「備考」欄に出勤日及び1週間の勤務時間を記載してください。
（毎週 月・水、毎月 第2月曜 等 / 24時間）

※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

4. 看護師等その他の従事者の概要（事務職を含む）

（令和 年 月 日現在）

	職 種	氏 名	勤務形態	備 考
1			常勤・非常勤	
2			常勤・非常勤	
3			常勤・非常勤	
4			常勤・非常勤	
5			常勤・非常勤	
6			常勤・非常勤	
7			常勤・非常勤	
8			常勤・非常勤	
9			常勤・非常勤	
10			常勤・非常勤	
11			常勤・非常勤	
12			常勤・非常勤	
13			常勤・非常勤	
14			常勤・非常勤	
15			常勤・非常勤	
16			常勤・非常勤	
17			常勤・非常勤	
18			常勤・非常勤	
19			常勤・非常勤	
20			常勤・非常勤	
21			常勤・非常勤	
22			常勤・非常勤	
23			常勤・非常勤	
24			常勤・非常勤	
25			常勤・非常勤	
合 計		名		

注1 保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、保育士及び事務職等の資格職種ごとに、それぞれ常勤、非常勤の順に記載してください。

2 非常勤の場合、「備考」欄に出勤日及び1週間の勤務時間を記載してください。
（毎週 月・水、毎月 第2月曜 等 / 24時間）

3 「備考」欄には、役職を記載してください。

※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。



連 絡 票

令和 年 月 日

【送信先】 関東信越厚生局 事務所 指導課
宛
e-mail @mhlw.go.jp
FAX番号 - -

【送信事項】 連絡先・出席者について

連 絡 先	医療機関コード		
	保険医療機関の名称		
	電話番号		()
	連絡に係る担当者の職名・氏名		
	どちらかを記入	送付先電子メールアドレス	@
		送付先FAX番号	()
	緊急連絡先電話番号 (携帯電話など)		()
担当者氏名			

出 席 者 氏 名	職 名	氏 名	職 名	氏 名
	管理者			

- ※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（FAX希望の場合は、FAX番号）・電話番号に限ります。送付日が医療機関の休診日にあたるときは別途ご連絡ください。
- ※2 緊急連絡先電話番号は、標榜時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。
- ※3 「職名」欄には、「開設者」、「保険医」、「請求事務担当者」等と記載してください。なお、「管理者」とは、医療法上の管理者をいいます。
- ※4 管理者は必ずご出席ください。また、出席者に変更が生じた場合はご連絡ください。
- ※5 「保険医療機関の現況」につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。