

医療機関コード	○○○○○○○○
---------	----------

医科歯科併設の病院様は
歯科コードも記載して下
さい。

(病院用)

令和元年度 施設基準実施状況報告書

(令和元年7月1日現在)

令和元年 月 日

保険医療機関 名称 ○○○○病院
所在地 ○○市○○町○-○-○
開設者名 ○○ ○○

関東信越厚生局長 殿

作成担当者名は必ず記載して下さい。

報告書作成担当者名	○○課 ○○ ○○
TEL(○○○) ○○○-○○○	FAX(○○○)○○○-○○○

* 報告内容に係る照会に対応できる実際の担当者名を記載ください。

施設基準の届出の確認について（報告）

令和元年 月 日

関東信越厚生局長 殿

保険医療機関 : 医療機関コード

○	○	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---	---

所在地 ○○市○○町○-○-○

名 称 ○○○○病院

開設者 ○○ ○○

電話番号 ○○○-○○○-○○○（担当：○○ ○○）

押印漏れに注意
して下さい。

印

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、令和元年7月31日（水）までに郵送にて提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア

届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。

イ

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

イに○をした場合にのみ記入

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例）地域包括診療加算

併せて辞退届の提出漏れがないよう注意して下さい。

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和元年7月1日現在)

受付番号※

(別紙様式1-2)【病院記入用】

※ 本様式の書式は変えないこと。

保険医療機関番号	1	2	○	○	○	○	○	○	○
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

一般病棟	令和元年7月1日現在の届出区分			結核病棟	令和元年7月1日現在の届出区分		
	①-4				※一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とする場合を除く。		
	看護必要度加算・一般病棟看護必要度評価加算				重症度、医療・看護必要度の評価票		
	重症度、医療・看護必要度の評価票				I · II		
届出 病床数(床)	入院患者の状況(平成31年4月～令和元年6月)			届出 病床数(床)	入院患者の状況(平成31年4月～令和元年6月)		
	① 入院患者延べ数 (名)	② ①のうち重症 度、医療・看護 必要度の基準を 満たす患者の延 べ数(名)	③ 重症度、医療・ 看護必要度の基 準を満たす患者 の割合(%) (②/①×100)		① 入院患者延べ数 (名)	② ①のうち重症 度、医療・看護 必要度の基準を 満たす患者の延 べ数(名)	③ 重症度、医療・ 看護必要度の基 準を満たす患者 の割合(%) (②/①×100)
	***小数点第1位 まで記入する				***小数点第1位 まで記入する		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 小数第2位以下を切り捨て </div>						
60 床	258名	76 名	29.4%	床	名	名	%

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和元年6月1日現在)

受付番号※

(別紙様式1-3) 【病院記入用】

※本様式の書式は変えないこと。

保険医療機関番号	1	2	○	○	○	○	○	○	○
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

褥瘡対策に係る報告書

※1名の患者が複数褥瘡を有していても、患者1名として数える。

※該当患者がない場合、「0」と書くこと。

褥瘡対策の実施状況(令和元年6月1日における実績・状況)	1. 一般病棟	2. 療養病棟	3. 1. 及び2. 以外の病棟
	令和元年7月1日現在の届出区分	令和元年7月1日現在の届出区分	
① 入院患者数(令和元年6月1日の入院患者数)	① 290名	名	名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数(褥瘡保有者数)	13名	名	名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数(入院時褥瘡保有者数)	12名	名	名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数(※②-③の患者数)	1名	名	名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> ※入院基本料等の施設基準の届出をする際に、褥瘡対策に係る内容を記載いただいておりますが、そちらでも同様の設問があります。病院毎の、実際の整備状況を簡潔に記載してください。 </div>		
⑥ 褥瘡の重症度			
	入院時の褥瘡(③の患者の入院時の状況)	院内発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)	
	d1	名	1名
	d2	2名	名
	D3	5名	名
	D4	5名	名
	D5	名	名
	DU	名	名

※③と④の人数とd1~DUの合計人数について一致するように注意して下さい。

特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和元年7月1日現在）

都道府県名 千葉

保険医療機関コード ○○○○○○○○

保険医療機関名 ○○○○病院

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

開設者 番号	<input type="checkbox"/> ① 厚生労働省	<input type="checkbox"/> ② 国立病院機構	<input type="checkbox"/> ③ 国立大学法人	<input type="checkbox"/> ④ 労働者健康 安全機構	<input type="checkbox"/> ⑤ 地域医療機能 推進機構	<input type="checkbox"/> ⑥ その他（国）	<input type="checkbox"/> ⑦ 都道府県
	<input type="checkbox"/> ⑧ 市町村	<input type="checkbox"/> ⑨ 地方独立行政 法人	<input type="checkbox"/> ⑩ 日赤	<input type="checkbox"/> ⑪ 済生会	<input type="checkbox"/> ⑫ 北海道社会 事業協会	<input type="checkbox"/> ⑬ 厚生連	<input type="checkbox"/> ⑭ 国民健康保険 団体連合会
	<input type="checkbox"/> ⑮ 健康保険組合 及びその連合会	<input type="checkbox"/> ⑯ 共済組合及び その連合会	<input type="checkbox"/> ⑰ 国民健康保険 組合	<input type="checkbox"/> ⑱ 公益法人	<input checked="" type="checkbox"/> ⑲ 医療法人	<input type="checkbox"/> ⑳ 学校法人	<input type="checkbox"/> ㉑ 社会福祉法人
	<input type="checkbox"/> ㉒ 医療生協	<input type="checkbox"/> ㉓ 会社	<input type="checkbox"/> ㉔ その他の法人	<input type="checkbox"/> ㉕ 個人			

区分	費用徴収を行うこととしている病床数（消費税を含む1日当たり金額階級別）												病床数 小計	費用徴収 を行わない 病床数	
	1,080円 以下	1,081円 ～ 2,160円	2,161円 ～ 3,240円	3,241円 ～ 4,320円	4,321円 ～ 5,400円	5,401円 ～ 8,640円	8,641円 ～ 10,800円	10,801円 ～ 16,200円	16,201円 ～ 32,400円	32,401円 ～ 54,000円	54,001円 ～ 108,000円	108,001円 以上			
個室	床	10 床	床	床	床	床	床	床	床	10 床	床	床	床	① 20 床	⑥ 床
2人室	床	床	10 床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	② 10 床	⑦ 床
3人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	③ 床	⑧ 床
4人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	④ 床	⑨ 床
5人室以上													⑩ 50 床		
病床数合計													⑤ 30 床	⑪ 210 床	

備考	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	2,160	円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	54,000	円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における病床数（介護保険適用病床を除く）の状況を記載すること。
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号に☑を記入すること。
- 室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。（3人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、3人室とすること。）
- 室の区分における病床数は、現病床数によること。（個室であっても、現に2床を設けているときは、2人室として記載すること。）
- 患者を入院させることとしている病床で、7月1日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。
- 病床数小計①～④に関しては、費用徴収を行うこととしている区分（個室～4人室）ごとに、1,080円以下から108,001円以上の病床数の合計を記入する。
- ⑤の病床数合計に関しては、病床数小計の①～④の病床数の合計を記入する。
- ⑥～⑩に関しては、費用徴収を行わないこととしている区分（個室～5人室以上）ごとの病床数を記入する。（空欄にせず、必ず記入すること。）
- ⑪の病床数合計に関しては、⑥～⑩の病床数の合計を記入する。
- 特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。