

## 入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）に関する報告書

医療機関コード	
保険医療機関名	

（令和7年8月1日現在）

許可病床数	（            ）床
運営形態	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託（ <input type="checkbox"/> 院内調理 <input type="checkbox"/> 院外調理   ）
適時に関する事項	夕食の配膳時間      （午後            時            分頃）
適温に関する事項	<input type="checkbox"/> 保温（保冷）配膳車 <input type="checkbox"/> 保温トレイ <input type="checkbox"/> 保温食器 <input type="checkbox"/> 食堂
特別メニューの食事	<input type="checkbox"/> 有      ……      患者から徴収する金額      （            ）円 <input type="checkbox"/> 無

**[記入上の注意]**

- 1 該当する項目について、□に「レ」印を付けてください。
- 2 「特別メニューの食事」欄について、入院患者から特別の料金の支払を受けて提供する食事がある場合は『有』、ない場合は『無』の□にレ印を付けてください。また、『有』の場合は患者から徴収している金額を記載してください。