

在宅療養後方支援病院に係る報告書（8月報告）

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

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	令和6年8月 ～ 令和7年7月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	()名
2. 入院希望を取り下げた患者数（死亡を含む）	()名
3. 現在の入院希望患者数	()名

III. 直近1年間の受入状況について

①（＝②＋③＋④） 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 （連携医療機関）	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	②（＝③＋④＋⑤ ＋⑥） 在宅患者共同診療 料の算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 （同一建物居住 者以外）	⑤ 訪問診療 （同一建物居住 者・特定施設）	⑥ 訪問診療（同 一建物居住者・ 特定施設以外）
()回	()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名	()名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	()医療機関
-------------------	---------

〔記入上の注意〕

- 1Ⅲの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2Ⅳの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。