

総合報告様式

(令和5年7月1日現在)

| | | | |
|------------------------------------|--|---------|--|
| 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 | |
|------------------------------------|--|---------|--|

〔記載上の注意事項〕

- 1 項番(1)から(5)について、該当する項目のみを記入してください。
- 2 項番(2)は、7月1日現在における当該届出に係る病棟数及び病床数を記入してください。
- 3 項番(3)、(4)、(5)の患者からの徴収額が、事前の報告と相違している場合は、速やかに変更の報告を行ってください。

項番（1）入院時食事療養費（I）・入院時生活療養費（I）に係る報告

| | | |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 入院時食事療養費（I） 入院時生活療養費（I） | 運営方式 特別メニューの有無 | 直営 ・ 院内委託 ・ 院外委託 有 ・ 無 |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|

注：該当するものを○で囲むこと。

項番（2）回復期リハビリテーション病棟入院料に係る報告

| | | | |
|-------------------------|----------------------|--|----|
| 回復期リハビリテーション 病棟入院料 1 | 当該届出に係る病棟数 (一般病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (一般病棟) | | 床 |
| | 当該届出に係る病棟数 (療養病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (療養病棟) | | 床 |
| 回復期リハビリテーション 病棟入院料 2 | 当該届出に係る病棟数 (一般病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (一般病棟) | | 床 |
| | 当該届出に係る病棟数 (療養病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (療養病棟) | | 床 |
| 回復期リハビリテーション 病棟入院料 3 | 当該届出に係る病棟数 (一般病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (一般病棟) | | 床 |
| | 当該届出に係る病棟数 (療養病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (療養病棟) | | 床 |
| 回復期リハビリテーション 病棟入院料 4 | 当該届出に係る病棟数 (一般病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (一般病棟) | | 床 |
| | 当該届出に係る病棟数 (療養病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (療養病棟) | | 床 |

総合報告様式

(令和5年7月1日現在)

| | | | |
|------------------------------------|--|---------|--|
| 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 | |
|------------------------------------|--|---------|--|

| | | | |
|-------------------------|----------------------|--|----|
| 回復期リハビリテーション 病棟入院料 5 | 当該届出に係る病棟数 (一般病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (一般病棟) | | 床 |
| | 当該届出に係る病棟数 (療養病棟) | | 病棟 |
| | 当該届出に係る病床数 (療養病棟) | | 床 |

項番(3) 予約に基づく診察の実施報告(選定療養)

| | | | |
|----------|----------------------------|--|---|
| 予約に基づく診察 | 患者からの特別の料金の徴収額 (消費税を含む) | | 円 |
|----------|----------------------------|--|---|

注:徴収実績ではなく、令和5年7月1日時点の届出徴収金額を記載すること。

項番(4) 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施報告(選定療養)

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|--|---|
| 保険医療機関が表示する診療 時間以外の時間における診察 | 患者からの特別の料金の徴収額 (消費税を含む) | | 円 |
|--------------------------------|----------------------------|--|---|

注:徴収実績ではなく、令和5年7月1日時点の届出徴収金額を記載すること。

項番(5) 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施報告(選定療養)

| | | | | |
|-----------|---------------------|----------------------------|--|---|
| 検査 | α-フェトプロテイン (AFP) | 患者からの特別の料金の徴収額 (消費税を含む) | | 円 |
| | 癌胎児性抗原 (CEA) | | | 円 |
| | 前立腺特異抗原 (PSA) | | | 円 |
| | CA19-9 | | | 円 |
| リハビリテーション | 心大血管疾患リハビリテーション料 | | | 円 |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料 | | | 円 |
| | 廃用症候群リハビリテーション料 | | | 円 |
| | 運動器リハビリテーション料 | | | 円 |
| | 呼吸器リハビリテーション料 | | | 円 |
| 精神科専門療法 | 精神科ショート・ケア | | | 円 |
| | 精神科デイ・ケア | | | 円 |
| | 精神科ナイト・ケア | | | 円 |
| | 精神科デイ・ナイト・ケア | | | 円 |

注:徴収実績ではなく、令和5年7月1日時点の届出徴収金額を記載すること。