

地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

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

当該病棟	病 棟 名	
	病床数	床
	看護補助体制加算に係る届出	<input type="checkbox"/>
	夜間看護補助体制加算に係る届出	<input type="checkbox"/>
	夜間看護体制加算に係る届出	<input type="checkbox"/>
	看護補助体制充実加算に係る届出	<input type="checkbox"/>
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	専従者① (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)
	専従者② (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)
当該病棟専任の管理栄養士	(専任となった年月: 年 月)	
当該病棟の病室部分の面積	(1床当たり面積	m ² m ²)
床面積の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定	着工予定	年 月
	完成予定	年 月
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定	着工予定	年 月
	完成予定	年 月

入院患者における割合		
ア	当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
イ	アのうち、重症度、医療看護必要度の基準② (入院初日のB得点が3点以上)を満たす患者の数	名
	重症度、医療・看護必要度の基準②を満たす患者の割合 (割合②) イ/ア	%
ウ	当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) ※ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者及び短期 滞手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く。	名
エ	ウのうち、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者	名
	同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の割合 エ/ウ	%
オ	アのうち、救急搬送後の患者で、入院初日から当該病棟に 入院した患者 ※ 14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟(回復期リハ ビリテーション病棟入院料を算定している病棟を除く)に 転棟した患者を除く。 ※ 他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し、当該 保険医療機関に搬送された患者を含む。	名
	救急搬送後の患者の割合 オ/ア	%
退院患者における割合		
ア	当該病棟における直近6月間における退院患者数 (死亡退院を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
内 訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) うち、在宅強化型(超強化型を含む) 及び基本型(加算型を含む)	名
	(4) 有床診療所	名
	(5) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名
	(6) (1)、(2)及び(4)を除く病院	名
	(7) うち、回復期リハビリテーション病棟 入院料を算定する病床	名
イ	当該病棟における直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
	(8) うち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床	名
	在宅等へ退出した患者の割合 (1) + (3) + (5) + (7) + (8) / (ア + イ)	%

ADLが低下した患者の割合		
ア 当該病棟における直近1年間における退院・転棟患者数 (死亡退院及び終末期のがん患者を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
イ アのうち、ADLが入院時と比較して低下した患者数		名
ADLが低下した患者の割合 イ/ア		%
第二次救急医療機関		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
救急患者への対応	検査	<input type="checkbox"/> 常時対応可能
	CT撮影	<input type="checkbox"/> 常時対応可能
	MRI撮影	<input type="checkbox"/> 常時対応可能
データ提出加算の届出 (適合する場合☑)	<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出	
疾患別リハビリテーションの届出(該当に○)	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)	
入退院支援加算1	<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし	
休日を含めすべての日にリハビリテーションを実施できる体制		<input type="checkbox"/> 備えている
Barthel Indexの測定に関わる職員を対象とした研修会の年1回以上の実施		<input type="checkbox"/> 実施

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。