

## 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5年8月～令和6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】

1 III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。

2 IV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。