

(別紙9)

D P C対象病院の基準に係る届出書

1. D P C対象病院の基準 (基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料 ^(※1) |
| <input type="checkbox"/> A207診療録管理体制加算 |

2. 上記基準を満たすための計画

D P C対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

3. D P C対象病院の基準を満たす期限^(※2)

令和	年	月	日
----	---	---	---

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。

※2 D P C対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった日から起算して3か月後の年月日を記載すること。

(提出上の注意)

D P C対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。