

様式 44

報告

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

ハイケアユニット入院医療管理料	1 , 2
専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 (≤19 日であること)	日 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入室患者の状況	入室患者延べ数の算出期間 (1 か月) 年 月
① 入室患者延べ数	名
② ①のうち重症度、医療・看護 必要度の基準を満たす患者の 延べ数	名
重症度、医療・看護必要度の基準 を満たす患者の割合 ② / ①	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	
重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況	
実施日	年 月 日
診療録管理体制加算の届出	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 ~~入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入室患者延べ数に含めない。~~
- 3 ~~重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、「モニタリング及び処置等（A項目）」に係る得点が「3点以上」、かつ「患者の状況等（B項目）」に係る得点が「4点以上」である患者をいう。~~
- 4 ~~当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。~~

保険医療機関の所在地 _____

保険医療機関の名称 _____

保険医療機関コード _____

連絡先（担当者氏名） _____

（電話番号） _____

運用開始年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日