

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

区分の種類	<input type="checkbox"/> 注2	<input type="checkbox"/> 注3
保険医療機関の種類	<input type="checkbox"/> 特定機能病院	
	<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院（一般病床数が200床未満の病院を除く）	
	<input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
	<input type="checkbox"/> 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
①	初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
②	再診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
③	紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
④	逆紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑤	救急患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑥	紹介割合 = (③+⑤) ÷ ① × 100	%
⑦	逆紹介割合 = ④ ÷ (①+②) × 1,000	‰

[記載上の注意]

- 「①」から「⑤」までの「初診の患者数」、「再診の患者数」、「紹介患者数」、「逆紹介患者数」、「救急患者数」については、区分番号「A000」初診料の(7)及び区分番号「A002」外来診療料の(3)を参照すること。
- 「①」から「⑤」までの「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。  
  - ただし、報告時の前年度の1年間の実績が基準に満たなかった場合には、報告年度の連続する6月間とする。
  - 新規に対象となる保険医療機関については、届出間3か月間の実績を有していること。

四国厚生支局長 様

保険医療機関コード:

保険医療機関名称

所在地

開設者

担当者

電話番号

— —