

初診料及び外来診療料の注2、注3に掲げる報告書

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)
初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
再診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
逆紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
救急患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
紹介割合 = (+) ÷ × 100	%
逆紹介割合 = ÷ (+) × 1,000	‰

[記載上の注意]

1. 「 」から「 」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「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。
2. 「 」から「 」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、届出前3か月間の実績を有していること。

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の所在地
 保険医療機関の名称
 開設者名

報告担当者名

電話番号