

地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出状況報告書

保険医療機関名

医療機関コード

項目	記入欄
1:地域包括医療病棟入院料1 2:地域包括医療病棟入院料2 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 ・ 2
・床面積の基準(内法による測定で、患者1人につき、6.4 平方メートル以上) (基準を満たしている ・ 基準を満たしていない) いずれかに○を付してください。	
床面積の基準を満たさない場合における 大規模改修等の予定 (床面積の基準をみたしていない場合、 記入必須)	着 工 予 定 年 月
	完 成 予 定 年 月
・廊下幅の基準(片側居室の場合は1.8m以上、両側居室の場合は2.7m以上) (基準を満たしている ・ 基準を満たしていない) いずれかに○を付してください。	
廊下幅の基準を満たさない場合における 全面的な改築等の予定 (廊下幅の基準をみたしていない場合、 記入必須)	着 工 予 定 年 月
	完 成 予 定 年 月