

地域包括ケア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:地域包括ケア病棟入院料1 2:地域包括ケア病棟入院料2 3:地域包括ケア病棟入院料3 4:地域包括ケア病棟入院料4 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1・2・3・4
・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