

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名：

<p>5 手術等の件数 (令和4年4月から令和5年3月まで)</p>	<p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 (40 件/年以上) () 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) () 件</p> <p>ウ 腹腔鏡手術 (100 件/年以上) () 件</p> <p>エ 放射線治療 (体外照射法) (4,000 件/年以上) () 件</p> <p>オ 化学療法 (1,000 件/年以上) () 件</p> <p>カ 分娩 (100 件/年以上) () 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ()</p>
<p>6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関</p> <p><input type="checkbox"/> 2 救命救急センター</p> <p><input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター</p> <p><input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 5 その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している</p>
<p>7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。</p>	<p>1年間の救急用の自動車等による搬送件数 (2,000件/年以上) () 件</p>
<p>8 外来縮小体制</p>	<p>1-1 初診に係る選定療養 (実費を徴収していること) の報告の有無 (有・無)</p> <p>1-2 診療情報提供料等を算定する割合 (4割以上) $(②+③) / ① \times 10$ () 割</p> <p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料 (I) の「注8」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p>
<p>9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制</p>	<p>様式13の2に記載すること。</p>
<p>10 地域連携室の設置</p>	<p>(有・無)</p>
<p>11 24時間の画像診断及び検査体制</p>	<p>(有・無)</p>
<p>12 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制</p>	<p>(有・無)</p>

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名：

<p>13 禁煙の取扱</p> <p>※総合入院体制加算1の届出の場合に記入すること。</p>	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料</p> <p><input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科地域包括ケア病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置</p> <p>(_____)</p>
<p>14 療養病棟入院基本料の届出等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病棟入院基本料の届出（有 ・ 無） ・ 地域包括ケア病棟入院料の届出（有 ・ 無） （地域包括ケア入院医療管理料を含む） ・ 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 <p>(有 ・ 無)</p>
<p>15 外部評価について</p> <p>※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。</p>	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている</p> <p>※具体的に受けている評価内容について、記入すること。</p> <p>(_____)</p>
<p>16 急性期充実体制加算の届出</p>	<p><input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない</p>

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1および2については、総合入院体制加算2及び3の届出において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載してください。
- 2 「6」の5を記入した場合には、24時間の救急医療体制を確保していることを証明する書類を添付してください。
- 3 「6」の「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合のみ記入してください。
- 4 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指します。
- 5 様式13の2を添付してください。