

(別紙5)

D P C対象病院等の分割に係る申請書 (別紙)

	分割前病院 (※1)	分割後病院① (※1)	分割後病院② (※1)
保険医療機関コード		変更の 有 ・ 無 ・ 不明	変更の 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者 (予定)			
保険医療機関の所在地 (予定)			
所属する医療圏 (予定)			
総病床数 (予定)			
D P C算定病床数(予定)			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
病院職員(医師、看護師等) の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届 出(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
コーディング委員会の設 置(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
分割後のD P C制度継続 参加の希望の有無		有 ・ 無	有 ・ 無

(記載上の注意)

※1 病院における状況(予定)について記入し、該当する項目に○を付けること。

「分割前病院」・・・分割前の病院

「分割後病院①」・・・分割後に主となる病院

「分割後病院②」・・・分割後に従となる病院

※2 対象保険医療機関数が3以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。