

別紙 2-1 (病院・有床診療所用)

遡及指定・機能移転の希望に係る （ 予定届出書 ・ 届出書 ）
 （病院・有床診療所用）

新医療機関・移転先医療機関名称

旧医療機関・移転元医療機関名称

当院（ ）は、（ ）からの患者を引き続き診療する等、別添のとおり、診療実態が変わらないため、 年 月 日を（ 週及指定日 ・ 機能移転日 ）として（ 週及指定 ・ 機能移転 ）を希望するとともに、当院において、同日より、別に届出する施設基準に係る診療報酬の算定を希望します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

開設者名：

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail :

別添

【基本情報】 ※予定届出書の場合は、可能な範囲で記載すること。

	旧医療機関（移転元医療機関）	新医療機関（移転先医療機関）
保険医療機関コード		（ある場合のみ記載）
保険医療機関名称		
開設者		
管理者		
医療機関の所在地		
新旧医療機関の直線距離		km（小数第1位まで）
所属する二次医療圏		
総病床数		
D P C制度への参加	有 ・ 無	有 ・ 無
主な標榜診療科目		
外来・在宅患者の引継ぎ		有 ・ 無
入院中の患者の引継ぎ		有 ・ 無
診療する医師の引継ぎ		有 ・ 無
診療する医師の人数	常勤： 人 非常勤： 人（常勤換算）	常勤： 人 （うち、旧医療機関で 常勤雇用： 人 非常勤雇用： 人（常勤換算） 非常勤： 人（常勤換算） （うち、旧医療機関で 常勤雇用： 人 非常勤雇用： 人（常勤換算）
診療録の引継ぎ		有 ・ 無
過去に診療した患者からの問い合わせへの対応		有 ・ 無

【地域医療構想調整会議等における議論】

医療法上の開設又は機能移転が認められた日 （予定を含む）	年 月 日
---------------------------------	-------

【新医療機関（機能移転先医療機関）で届出（予定）を行う施設基準】

[illegible]