

(別紙 3)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書 (別紙)

	合併前病院① (※1)	合併前病院② (※1)	合併後病院 (※1)
保険医療機関コード			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
病院職員(医師、看護師等) の引き継ぎ			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

(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。

「合併前病院①」・・・合併に当たり主となる病院

「合併前病院②」・・・合併に当たり従となる病院

「合併後病院」・・・合併後の病院

※ 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。