様式19

障害者施設等入院基本料

の施設基準に係る届出書添付書類

特殊疾患入院施設管理加算

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分（届け出をする項目に○をすること） | （　　　）　障害者施設等入院基本料（　　　）　特殊疾患入院施設管理加算 |
| 病棟の状況 | 病　　棟　　名 |  |  |  |
| 病　床　種　別 |  |  |  |
| 入院基本料区分 |  |  |  |
| 病　　床　　数 | 床 | 床 | 床 |
| 入院患者の状況 | １日平均入院患者数　① | 名 | 名 | 名 |
| ①の再掲 | 重度肢体不自由児等 | 名 | 名 | 名 |
| 脊髄損傷等 | 名 | 名 | 名 |
| 重度意識障害 | 名 | 名 | 名 |
| 筋ジストロフィー | 名 | 名 | 名 |
| 神経難病 | 名 | 名 | 名 |
| 小計② | 名 | 名 | 名 |
| 割　　合　②／① | ％ | ％ | ％ |

［記載上の注意］

１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

　　なお、有床診療所（一般病床に限る。）については、「病棟の状況」の「病床数」のみ記載すること。

２　入院患者の状況は、１日平均入院患者数は直近１年間、特殊疾患の患者数は直近１ヶ月間の実績を用いること。

３　届出に係る病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）ごとに様式９を添付すること。

４　当該届出を行う病棟の平面図を添付すること。