

様式5の7

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書

1	届出入院料	
2	当該病院の許可病床数	床
3	標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること)	科
4	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する保険医療機関 (いずれか1つを○で囲むこと)	自院のみ・他院 (連携施設) のみ・両方
5	連携施設の名称 (ある場合のみ記載すること)	
6	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する医師の氏名等 (所属はいずれか1つを○で囲むこと)	
	医師1	氏名
		所属
		自院 ・ 他院
	医師2	氏名
		所属
		自院 ・ 他院
	医師3	氏名
		所属
		自院 ・ 他院
	医師4	氏名
		所属
		自院 ・ 他院
	医師5	氏名
		所属
		自院 ・ 他院
7	自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	例
8	自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数	例
9	連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	例
10	連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数	例
11	過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数	例
12	うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数	例

[記載上の注意]

項番7から10までについては、自施設又は連携施設のうち、検査を実施している施設の欄のみを記載し、他は空欄とすること。