

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | |
|--------------|------------------|----------|---|---|--|---|
| 病棟の状況 | 病棟名 及び病室名(番号) | | | | 備考 1日平均 入院患者数 算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 入院基本料区分 | | | | | |
| | 病床数 | 床 | 床 | 床 | | |
| | 1日平均入院患者数 ① | 名 | 名 | 名 | | |
| 当該病室の入院患者の状況 | 1日平均入院患者数 ② | 名 | 名 | 名 | | |
| | ② の 再 掲 | 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 ③ | 名 | 名 | | 名 |
| 特殊疾患の割合 ③/② | % | % | % | | | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 1日平均入院患者数は直近1年間、脊髄損傷等の患者数は直近1月間の実績を用いること。
- 3 当該届出病室を含む病棟ごとに様式9を記載し添付すること。