

平成27年度病床機能報告 報告対象外医療機関等確認票

◎貴院名						
◎ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁のコード）						
◎医療機関住所		〒	-			
◎回答者	氏名					
	部署名					
	連絡先	電話番号	市外番	-	-	
		FAX番号	市外番	-	-	
e-mail				@		

1. 貴院の【平成27年7月1日時点】における病院・有床診療所の種別、一般病床あるいは療養病床の許可病床の有無、一般病床あるいは療養病床の許可病床がある場合の【休院・廃院】あるいは【全許可病床を返還（無床診療所へ移行）】の実施（予定）について、ご記入ください。

① 病院・有床診療所の種別	1. 病院 2. 有床診療所	該当番号 ⇒(1)	<input type="text"/>				
② 一般病床あるいは療養病床の許可病床の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(2)	<input type="text"/>				
③ 【上記の許可病床が「1. 有り」の場合】 平成27年度中に【休院・廃院】あるいは【全許可病床を返還（無床診療所へ移行）】する場合は、選択肢と実施（予定）年月を入力してください。 ※入院の取り扱いがない「休床」とは異なります。	1. 休院・廃院済又は予定 2. 全許可病床を返還済み又は予定	該当番号 ⇒(3)	<input type="text"/>				
	3. 休院・廃院、全許可病床の返還の実施（予定）なし						
	実施（予定）がある場合の 実施（予定）年月	平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>

2. 平成27年度病床機能報告で報告対象外となる以下の医療機関に該当するか否かについて、ご記入ください。

1. 刑事施設等や入国者収容所等の中に設けられた医療機関	2. 皇室用財産である医療機関（宮内庁病院）
3. 特定の事業所等の従業員やその家族の診療のみを行う医療機関であって、保険医療機関でない医療機関	
4. 一般開放されていない病床のみの自衛隊病院等	5. 自衛隊医務室
6. 上記のいずれにも該当しない	該当番号 ⇒(4) <input type="text"/>

◎上記の回答が以下のいずれかに該当する場合は、平成27年度病床機能報告は「報告対象外」となります。また、以降の設問は回答不要となります。

- ・ 1.-②が「2. 無し」の場合
- ・ 1.-③が「1. 休院・廃院済又は予定」あるいは「2. 全許可病床を返還済み又は予定」の場合
- ・ 2. が「6. 上記のいずれにも該当しない」以外の場合

※Excelでご回答の場合は、右記の報告対象判定をご確認ください。

Excelでご回答の場合の確認欄

病床機能報告の
報告対象判定

《裏面へつづく》

3. 病床機能報告は、原則、電子媒体の報告様式を用いてご報告いただきます。ただし、インターネット環境がない医療機関等、やむを得ない場合は、紙媒体の報告様式の入手をご希望いただくことが可能になります。

3-1. 紙媒体の報告様式の入手をご希望される場合には、下の項目にチェックを入れて希望理由をご記入ください。また、施設種別が【病院】の場合は、報告対象となる一般病床・療養病床を有する病棟数もあわせてご記入ください。

※厚生労働省ホームページから様式をダウンロードし、医療機関において印刷のうえ、紙媒体で提出される場合（事務局からの紙媒体様式の送付が不要である場合）には、本設問へのチェックは不要です。

報告様式の紙媒体を入手希望	<input type="checkbox"/>	⇒	希望理由		病院の場合、報告対象病棟数	<input type="checkbox"/>	病棟
---------------	--------------------------	---	------	--	---------------	--------------------------	----

3-2. 貴院における【平成27年6月の診療】に当たって、一般病床・療養病床に入院した患者の有無、一般病床・医療療養病床に入院した患者の有無について、ご記入ください。また、一般病床・医療療養病床に入院した患者の【平成27年6月の診療】分について【平成27年7月審査の請求】の有無、請求時のレセプト種別をご記入ください。

※本項目の情報は、報告様式2「Ⅱ② 具体的な医療の内容に関する項目」の様式の送付に当たって必要となります。記載がない場合、「電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある医療機関」として取り扱うこととなりますので、ご了承ください。

① 平成27年6月に一般病床・療養病床（介護療養病床含む）に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(5)	<input type="checkbox"/>
② 上記①のうち、一般病床・医療療養病床に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(6)	<input type="checkbox"/>
③ 上記②の入院患者の6月診療分について7月審査の診療報酬請求の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(7)	<input type="checkbox"/>
④ 上記③の診療報酬請求時のレセプト種別	1. 全てあるいは一部を電子レセプトにより請求 2. 全て紙レセプトにより請求	該当番号 ⇒(8)	<input type="checkbox"/>

◎報告様式2の提出に当たって、上記の回答が以下のいずれかに該当する場合は、厚生労働省ホームページより様式をダウンロードする等してご報告ください。
以下に該当しない場合は、事務局より送付する報告様式2の集計内容をご確認のうえ、適宜、修正・追記してご報告ください。

- ・ 3-2-①が「2. 無し」の場合
- ・ 3-2-②が「2. 無し」の場合
- ・ 3-2-③が「2. 無し」の場合
- ・ 3-2-④が「2. 全て紙レセプトにより請求」の場合

※Excelでご回答の場合は、右記の提出方法判定をご確認ください。

Excelでご回答の場合の確認欄

⇒ 報告様式2の提出方法判定

《設問は以上になります。ご回答、誠にありがとうございました。》

◎確認票の提出方法について（下記①、②のいずれかによりご提出ください。）

① 厚生労働省「病床機能報告」ホームページ上に設置された専用ページから確認票をダウンロードし、Excelファイル上で回答・保存のうえ、報告マニュアルを参照し、アップロード用ページからアップロードすることによりファイル提出

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html

（厚生労働省ホームページ＞政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療＞医療＞病床機能報告）

② 送付した紙媒体様式へ記入し、以下の宛先に郵送またはFAXにて提出

提出先：厚生労働省「平成27年度病床機能報告」事務局
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 竹橋スクエア8階
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部内
FAX番号：0120-139-121[24時間受付]（フリーダイヤル）

※郵送で報告する場合、提出にかかる郵送料や外部記録媒体にかかる費用、その他の費用は各医療機関のご負担となりますのでご了承ください。また、郵送用の封筒については各医療機関にてご準備ください。