

**慢性期医療の実態調査**

**コスト調査票**

## 問1 基本情報

平成22年6月末時点もしくは直近の月末時点での貴院の情報をご記入ください。

(1) 病院名	
(2) 記入者名	氏名： _____ 役職（所属）： _____
(3) ご連絡先	電話： _____
(4) 調査対象月	平成 ____ 年 ____ 月
(5) 併設施設	<p>該当する番号を○で囲んでください。また、所有している場合は事業所数と総定員数についてご記入ください。</p> <p>■介護老人保健施設 1. 所有していない 2. 所有している (事業所数： _____ カ所 総定員数： _____ 名)</p> <p>■介護老人福祉施設 1. 所有していない 2. 所有している (事業所数： _____ カ所 総定員数： _____ 名)</p>
(6) その他	<p>調査対象月中に平常月と異なること（震災の影響、改築、一部閉鎖等）がありましたら、その事実をご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

## 問2 収支の状況

貴院の平成22年6月もしくは直近月（1ヶ月）の状況について、下記の書式に従って「Ⅰ 医業収入」「Ⅱ 医業費用」などの各金額をご記入ください。

科 目		金 額						
		百 万	千	円				
Ⅰ 医業収入	1 入院診療収入（患者負担分含む）							
	2 外来診療収入（患者負担分含む）							
	3 室料差額収入							
	4 その他の医業収入							
	5 介護報酬収入							
	合 計							
Ⅱ 医業費用	1 給与費							
	2 医薬品費							
	3 給食用材料費							
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費							
	5 経費							
	6 委託費							
	7 減価償却費（平成21年度実績の1/12）							
	8 その他の医療費用（研究研修費、本部費等）							
	合 計							
Ⅲ 医業外収入								
1 受取利息・配当金（平成21年度実績の1/12）								
2 その他の医業外収入（1に該当しないもの）								
Ⅳ 医業外費用								
1 支払利息（平成21年度実績1/12）								
2 その他の医業外費用（1に該当しないもの）								

※ 「Ⅰ 医業収入」、「Ⅱ 医業費用」には介護保険分も含んだ額を記入してください。