

# 令和2年度 病床機能報告「報告対象外医療機関」 申告書

※本申告書は、令和2年度の報告が「対象外」となる医療機関のみご提出ください。

FAX : 03-6826-5060

◎貴院名							
◎ I D (報告マニュアル送付状に記載の8桁コード)							
◎医療機関住所		〒	-				
◎回答者	ふりがな						
	氏名						
	部署名						
	連絡先	電話番号	市外局番	-	-		
FAX番号		市外局番	-	-			
e-mail						@	

1. 貴院の【令和2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"/>	
②一般病床また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②の許可病床が「1. 有り」の場合】 施設全体の一般病床、療養病床それぞれの許可病床数をご記入ください。	許可病床数（一般病床）	該当番号⇒(3)	<input type="text"/>	床
	許可病床数（療養病床）	該当番号⇒(4)	<input type="text"/>	床
④【上記②の許可病床が「1. 有り」の場合】 令和2年度中に【休院・廃院】あるいは【全許可病床返還（無床診療所へ移行）】する場合は、選択肢と実施（予定）年月をご記入ください。 ※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⇒(5)	<input type="text"/>	
	3.休院・廃院、全許可病床の返還の実施（予定）なし		<input type="text"/>	
実施（予定）がある場合の実施（予定）年月		令和	<input type="text"/>	年
			<input type="text"/>	月

2. 令和2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ご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⇒(6) <input type="text"/>

◎上記の回答が以下のいずれかに該当する場合、令和2年度病床機能報告は「報告対象外」です。

- ・ 1. - ②が「2. 無し」の場合
- ・ 1. - ④で（令和2年度中に）「1. 休院・廃院済又は予定」または「2. 全許可病床を返還済み又は予定」の場合
- ・ 2. 報告対象外となる「1」～「5」のいずれかに該当する場合

※「休床」でも許可病床を返還していない場合、本報告の「対象」となります。

※「報告対象」の医療機関は、本申告書の提出は不要です。

《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。》