

平成29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29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】 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】 平成29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		
	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

2. 平成29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 ⇒(6) <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29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.-④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》

◎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	〒	-	

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郵送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または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="text"/>	病棟	<input type="text"/>
---------------	--------------------------	--------	--	---------------	----------------------	----	----------------------

3-2. 貴院における【平成29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（介護療養病床を除く）に入院した患者の有無について、ご記入ください。また、医療療養病床（介護療養病床を除く）に入院した患者の【平成29年6月の診療】分について【平成29年7月審査の請求】の有無、請求時のレセプト種別、病院の場合は病棟コードの入力有無をご記入ください。

※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29年6月に一般病床または療養病床に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(7)	<input type="text"/>
② ①のうち、一般病床または医療療養病床（介護療養病床を除く）に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(8)	<input type="text"/>
③ 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 ⇒(9)	<input type="text"/>
④ ③の診療報酬請求時のレセプト種別	1. 全てまた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または診療報酬の請求無し	該当番号 ⇒(10)	<input type="text"/>
⑤ 6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトへの病棟コードの入力有無	1. 全てまたは一部を入力済み 2. 全て未入力 3. 診療報酬の請求無し	該当番号 ⇒(11)	<input type="text"/>

報告様式2の提出方法の判定を行います。なお、病棟ごとの集計は、病院のみ対象となり、有床診療所は除きます。

◎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「報告様式2B」様式をダウンロードする等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等」の場合

《病院のみ対象。有床診療所は除く》

- ・ 3-2. ⑤が「3. 診療報酬の請求無し」の場合

◎3-2. ①～④のいずれも「2」に該当しないものの、⑤が「2. 全て未入力」に該当する場合は、事務局で病棟単位で報告様式2Aの集計を行うことができないことから、医療機関ごとに集計した「報告様式2A」を送付するので、内容を確認し、病棟ごとに集計したうえでご報告ください。

◎上記のいずれにも該当しない場合は、事務局より送付する病棟ごとに集計した「報告様式2A」の内容を確認してご報告ください。病棟コードを未入力分のデータに関しては、医療機関で病棟ごとに集計したうえで、報告してください。

※なお、病棟コードを一部に入力または全て未入力の病院は、データを病棟ごとに集計する際には、厚生労働省ホームページより「報告様式2B」をダウンロードする等して、報告してください。

※Excelでご回答の場合は、右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。》