

施設コード	
-------	--

都道府県名： _____

保険医療機関の名称： _____

1. DPC算定病床数（該当する区分等にチェックするとともに、病床数を記載すること。）

医科点数表に規定する診療科	区分等			病床数	確認部署名 ※地方厚生(支)局にて記入	病院に確認済 ※修正の場合 ✓を入力				
A100 一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 1のイ (急性期一般入院料1)	<input type="checkbox"/> (急性期1 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期1 夜勤時間特別入院基本料)	床		<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 1のロ (急性期一般入院料2)	<input type="checkbox"/> (急性期2 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期2 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 1のハ (急性期一般入院料3)	<input type="checkbox"/> (急性期3 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期3 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 1のニ (急性期一般入院料4)	<input type="checkbox"/> (急性期4 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期4 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 1のホ (急性期一般入院料5)	<input type="checkbox"/> (急性期5 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期5 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 1のヘ (急性期一般入院料6)	<input type="checkbox"/> (急性期6 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期6 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 1のト (急性期一般入院料7)	<input type="checkbox"/> (急性期7 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (急性期7 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 2のイ (地域一般入院料1)	<input type="checkbox"/> (地域1 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (地域1 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 2のロ (地域一般入院料2)	<input type="checkbox"/> (地域2 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (地域2 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 2のハ (地域一般入院料3)	<input type="checkbox"/> (地域3 夜勤時間超過減算)	<input type="checkbox"/> (地域3 夜勤時間特別入院基本料)							
	<input type="checkbox"/> 特別入院基本料	<input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当								
	A104 特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 1のイ (7対1)	<input type="checkbox"/> 1のロ (10対1)				<input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当	床		<input type="checkbox"/>
	A105 専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 1 (7対1)	<input type="checkbox"/> 2 (10対1)				<input type="checkbox"/> 3 (13対1) <input type="checkbox"/> 通則8の規定に該当	床		<input type="checkbox"/>
A300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			床		<input type="checkbox"/>				
A301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			床		<input type="checkbox"/>				
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			床		<input type="checkbox"/>				
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>			床		<input type="checkbox"/>				
A301-4 小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>			床		<input type="checkbox"/>				
A302 新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			床		<input type="checkbox"/>				
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			床		<input type="checkbox"/>				
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>			床		<input type="checkbox"/>				
A305 一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>			床		<input type="checkbox"/>				
A307 小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			床		<input type="checkbox"/>				
合 計				床		<input type="checkbox"/>				

(注1) DPC算定病床数について、地方厚生(支)局への医療保険届出病床数を記載すること。ただし、申請中の場合や休止病床数が届出病床数に含まれている場合はその数を除外すること。
 (注2) DPC算定病床数について、入院基本料(A100からA106)には特定入院料(A300からA317)及び短期滞在手術等基本料(A400)を算定する病床は含まない。

2. 高度・先進的な医療の提供（該当する病院のみ入力）

項目	医師主導治験の実施 (8件以上の実績がある場合のみ記載)	臨床研究の実施 (40件以上の実績がある場合のみ記載)	
①平成30年4月1日から令和3年3月31日において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上	件	件	
項目	医師主導治験の実施 (4件以上の実績がある場合のみ記載)	臨床研究の実施 (40件以上の実績がある場合のみ記載)	
②平成30年4月1日から令和3年3月31日において、主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上の両方に該当	件	件	
(注) 件数の考え方：ひとつの治験届け又はひとつの臨床研究識別番号（公開データベースにおいて、臨床研究ごとに割り当てられた固有の識別番号）ごとに1件として算出する。			
項目	治験の実施 (20例以上の実績がある場合のみ記載)	先進医療の実施 (10例以上の実績がある場合のみ記載)	患者申出療養の実施 (10例以上の実績がある場合のみ記載)
③令和2年10月1日から令和3年9月30日において、20例以上治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施のいずれかに該当	例	例	例

3. 病院情報の公表状況（公表している病院のみ入力）

項目	「病院情報の公表」WebページのURL
自院のホームページ上でデータの集計値を公表している病院	

4. 今後の合併・分割及び病床数の増減予定（該当する病院のみ入力） 対象期間：令和3年10月～令和4年9月

合併等の区分	合併等の時期	申請書の提出状況
	令和 月	

標記について、上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関の名称 _____
 保険医療機関の所在地 _____
 開設者名 _____

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先
 フリガナ ()
 氏名 ()
 所属部署 ()
 連絡先 (TEL) (- -)
 連絡先 (FAX) (- -)

厚生労働省保険局医療課長 殿