

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☑を入れ、地方厚生(支)局への医療保険届出病床数を記載すること。）

医科点数表に規定する診療料	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"/> 急性期一般入院料1～6 <input type="checkbox"/> 地域一般入院料1～3 <input type="checkbox"/> 特別入院基本料 <input type="checkbox"/> 夜勤時間超過減算 <input type="checkbox"/> 夜勤時間特別入院基本料	床		<input type="checkbox"/>
A104 特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1、10対1	床		<input type="checkbox"/>
A105 専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1、10対1、13対1	床		<input type="checkbox"/>
A300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1～4	床		<input type="checkbox"/>
A301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～4	床		<input type="checkbox"/>
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	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"/> 1～2	床		<input type="checkbox"/>
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	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"/> 1～4	床		<input type="checkbox"/>
合 計		床		<input type="checkbox"/>

（注）DPC算定病床数について、入院基本料(A100からA105)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。また、A104は一般病棟に限る。

2. 高度・先進的な医療の提供（該当する病院のみ入力）

① 令和2年4月1日から令和5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	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)
	件

② 令和2年4月1日から令和5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	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)
	件	件

①及び②の件数の考え方：ひとつの治験届け又はひとつの臨床研究実施計画番号（公開データベース：臨床研究等提出・公開システム（<https://jrct.niph.go.jp/>）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。

③ 令和4年10月1日から令和5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	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)
	例	例	例

③の例数の考え方：対象期間において、現に療養が提供された被験者の数として算出する。

3. 病院情報の公表状況

公表の有無		自院のホームページ上で公開された「病院情報の公表」のウェブページURL
有 ○	無 ○	

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

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先

フリガナ ( )

保険医療機関の所在地

氏名 ( )

所属部署 ( )

開設者名

連絡先(TEL) ( - - )

連絡先(FAX) ( - - )