■**診療実績報告書**（新型コロナウイルス感染症に係る自宅療養者への医療提供体制強化に向けた特別給付金交付事業【9/26～12/31診療分】）

様式１

医療機関名称： ○×クリニック

※１ 市民の確認は住民基本台帳データとの突合で行います。患者情報に誤りがあった場合は対象外となりますので、正確に入力してください。
※２ 本申請の対象となる「診療」とは、新型コロナウイルス感染症を主たる診療とし診療報酬の対象となる診療のことをさします。
※３ 陽性診断、陽性診断した医療機関のサインがあるチラシ、陽性者登録センターから送信されたメールなどで陽性者であることの確認を行ったか。
※４ 療養期間中の診療であったか。（診断前や自宅療養期間後は対象外）
※５ 診療日に自宅又は施設で療養されていたのか。（入院又は県の施設（ホテル）で宿泊療養中でなかったか）
※６ 「一連の診療」に該当するか、「はい」の場合は対象外。（別紙「一連の診療となる例」参照）
陽性者登録センターや他医療機関で診断された患者は「一連の診療」ではないため「いいえ」としてください。
※７ 同一人物に対して同じ日に複数回の診療が行われている場合に表示されます。同一の診療（重複報告「いいえ」の場合）は対象外。
※８ 同一人物で3回以上の診療がある場合に表示されます。他疾患が主たる診療で、全身状況・発熱状況等も並行して観察している場合（「いいえ」の場合）は対象外。

	患者情報 ※１					診療情報 ※２		確認事項（必須項目）				確認事項（該当する場合）		報告期間 9月26日～12月31日
番号	姓（全角カナ）	名（全角カナ）	性別	生年月日	住所（○○区）	診療形態	診療日 9/26～12/31	陽性者であることを確認したか※３	診療日は療養期間中か※４	自宅又は施設療養であるか※５	一連の診療か（診断日＝診療日）※６	同一日の異なる診療か（重複報告）※７	コロナが主たる診療か（頻回受診）※８	エラーチェック
1	ハカタ	タロウ	男	1950/4/2	福岡市博多区	往診	2022/10/2	はい	はい	はい	いいえ	はい		OK
2	ハカタ	タロウ	男	1950/4/2	福岡市博多区	往診	2022/10/2	はい	はい	はい	いいえ	はい		OK
3	ハカタ	ジロウ	男	1953/8/2	福岡市博多区	往診(2人目以降)	2022/10/20	はい	はい	はい	いいえ			OK
4	キンリン	ハナコ	女	2010/12/25	その他	外来	2022/10/22	はい	はい	はい	いいえ		はい	OK
5	キンリン	ハナコ	女		その他	電話	2022/10/25	はい	はい	はい	いいえ			患者情報未入力
6	キンリン	ハナコ	女	2010/12/25	その他	電話	2022/10/28	はい	はい	はい	いいえ		はい	OK
7	キンリン	ハナコ	女	2010/12/25	その他	電話	2022/10/29	はい	はい	はい	いいえ		いいえ	対象外
8	フクオカ	タロウ	男	1953/1/2	福岡市博多区	外来	2022/11/20	はい	はい	はい	はい			対象外
～														
200														
201	チュウオウ	タロウ	男											

入力漏れがある場合にその旨を表示します。

上はコロナが主たる診療でないため対象外。

下は一連の診療に該当するため対

生年月日は西暦で記入してください。
また、ひとケタの数値は、「02」ではなく「2」と記入してください。

同一患家（グループホームや施設も含む）に住む（入所する）複数名の患者への同時の往診に対して、二人目以降は上記例のように「往診(2人目)」を選択してください。

入力が必須の項目です。上記注意事項で内容をご確認のうえ、「はい」「いいえ」でご回答ください。

確認が必要なものはセルの色が「白色」で表示されます。上記注意事項で内容をご確認のうえ、「はい」「いいえ」でご回答くださ

200件以上の報告がある場合は、既存の行をコピーして、200件目の下に貼り付け、続けて記載してください。
（シートは分けないでください）

報告いただいた情報で要件に該当しない場合は「非該当」となります。
「非該当」と表示されていない場合でも、市民かどうかの確認などで、非該当となることがあります。