**調　査　票**

【返送先】ＦＡＸ／０９６６－２６－３６８０　熊本県老人保健施設協会事務局　行

**平成30年度の所定疾患施設療養費について**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名****･****記入者名****・****掲載承諾について** | 施設名 |
| 記入者名 |
| **○以下のアンケートにご記入いただきましたことについて、熊本県老人保健施設協会ホームページ上の掲載に****（　承諾する　　・　　承諾しない　）****※どちらかに必ず○をつけてください。** |
| **●平成30年度の所定疾患施設療養費について　（平成30年4月1日～平成31年3月31日まで）** |
| 算定している施設は下記の記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 算定について | ※どちらかに○を付けてください。算定している　・　算定していない |

 |
| **●平成30年度の所定疾患施設療養費の算定件数と治療内容について** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **疾患名** | **件数（総数）※** | **治療内容****※投薬・検査・注射・処置等、簡単にご記入ください** |
| （記載例） | ５　件 | 投薬、点滴、血液検査、レントゲン |
| 肺炎 | 件 |  |
| 尿路感染 | 件 |  |
| 帯状疱疹 | 件 |  |

**※件数は、延べ日数ではなく実件（人）数をご記入ください。** |

ご協力ありがとうございました。

４月２５日（木）までにご返信をお願いいたします