

平成29年度の所定疾患施設療養費の算定状況について

■ 算定条件 (305単位/日 : 7日間算定した場合の自己負担額は約2,165円)

- ① 対象の入所者は次のいずれかに該当する者であること。
肺炎の者・尿路感染症の者・帯状疱疹の者(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る)
※ 入所者に対し、投薬・検査・注射・処置等を行ったときに算定する。
※ 同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定する。
※ 緊急時施設療養費を算定した日は算定しない。
- ② 診断名・診断を行った日・実施した投薬・検査・注射・処置の内容等を診療録に記載しておくこと。
- ③ 請求に際して、診断・行った検査・治療内容等を記載すること。
- ④ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。

【当施設が平成29年度に算定した所定疾患施設療養費の状況を報告いたします。】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
人数	2	1	1	3	2	3	1	2	1	2	3	4	25人
日数	7	7	7	5	10	13	7	9	7	5	17	22	116日

	延べ人数	延べ日数	主な検査内容	治療内容	主な投薬状況
肺炎	20人	91日	血液検査 胸部X線	点滴	生理食塩水(50~100ml)・セファゾリン・セフトロキム・リデム・リラクト
尿路感染	4人	18日	尿検査 血液検査	点滴・投薬	生理食塩水(50~100ml)・セフトロキム・セファゾリン・リデム・リラクト・クラビット・ロシクマリン
帯状疱疹	1人	7日		点滴	生理食塩水 250ml・アコピル