

其他:							
手术及操作代码计数_____							
呼吸机使用时间_____天_____小时_____分钟							
颅脑损伤患者昏迷时间：入院前_____天_____小时_____分钟 入院后_____天_____小时_____分钟							
重症监护病房类型 (CCU、NICU、EICU、SICU、PICU、 RICU、其他)	进重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)		出重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)		合计(小时)		
输血品种_____ 输血量_____ 输血计量单位_____							
特级护理天数*_____ 一级护理天数*_____ 二级护理天数*_____ 三级护理天数*_____							
离院方式 <input type="checkbox"/> 1. 医嘱离院 <input type="checkbox"/> 2. 医嘱转院、转社区、转卫生院机构, 拟接收机构名称_____ 拟接收机构代码_____ <input type="checkbox"/> 3. 非医嘱离院 <input type="checkbox"/> 4. 死亡 <input type="checkbox"/> 9. 其他							
是否有出院 31 天内再住院计划 <input type="checkbox"/> 1. 无 <input type="checkbox"/> 2. 有, 目的_____							
主诊医师姓名*_____				主诊医师代码*_____			
四、医疗收费信息							
业务流水号: _____		结算期间: _____年____月____日—_____年____月____日					
项目名称	金额	甲类	乙类	自费	其他		
床位费							
诊察费							
检查费							
化验费							
治疗费							
手术费							
护理费							
卫生材料费							
西药费							
中药饮片费							
中成药费							

	一般诊疗费						
	挂号费						
	其他费						
	金额合计						
基金支付	基金支付类型	金额		个人支付			
	医保统筹基金支付				个人自付		
	其他支付：				个人自费		
	大病保险				个人账户支付		
	医疗救助				个人现金支付		
	公务员医疗补助						
	大额补充						
	企业补充						
						
.....							
医保支付方式 <input type="checkbox"/> 1. 按项目 2. 单病种 3. 按病种分值 4. 疾病诊断相关分组 (DRG) 5. 按床日 6. 按人头 9. 其他							

医疗机构填报部门_____

医疗机构填报人_____

(注：“*”代表选填数据指标)