

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先 担当者氏名： 電話番号：
------------------------

(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出
------------------------------

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  
 2  には、適合する場合「√」を記入すること。  
 3 届出書は、正副2通提出のこと。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5 (基本別添7) 13の2
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6, (基本別添7) 13 の2, 5の8
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3 (基本別添7) 13の2
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(基本別添7) 12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
14	在宅療養支援歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の5の2	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の6	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 4
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52, 4
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2, 4
26の1の3	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	C T撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身C T加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の6, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4
47の6	通院・在宅精神療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
47の7	救急患者精神科継続支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の6
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の1の2	依存症集団療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の7
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47, 4
55の2	精神科重症患者早期集中支援管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47の2
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (基本別添7)13の2, 4
56の3	硬膜外自家血注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 48の6, 4
57	エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	透析液水質確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3の2
57の2の3	人工臓器療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4, 4
57の4の2	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の6, 4, 49の7
57の4の3	手術用顕微鏡加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52, 4
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の2, 4
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
60の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53, 4
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2, 4
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3, 4
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の4, 4
60の6	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5, 4
60の7	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6, 4
61	人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7, 4
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3, 4
61の4の2	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1及び又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の5, 4
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
61の7	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の6, 4
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
62の2の2	内視鏡下筋層切開術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58の2, 4
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の2, 4
63の4	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3, 4
63の5	磁気ナビゲーション加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の4, 4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
67の2	両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
69	補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64, 4
69の2	小児補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64の2, 4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の3, 4
71	同種心移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72	同種心肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の3の2, 4
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の4, 4
72の4	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の6, 4
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の7, 4
73	体外衝撃波胆石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67
75	同種死体肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2, 4
75の4	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2の2, 4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の2	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の3, 4
76の3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	68の2, 4
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68の3, 4
77の4	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の5	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77の7	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2, 4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3, 4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3, 4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	69の4, 4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の1の2, 4
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の1の3, 4
78の3	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の2, 4
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
79の2	手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (基本別添7) 13の2, 4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 73の5, 4
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
81	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	1回線量増加加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	レパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の5	レパソロジーによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の特例除外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84の2, 4



施設基 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添2）
91	基準調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4
92	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
93	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88, 4
94	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
95	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90, 4

※様式6, 12, 16, 65, 68, 72は欠番

様式 1

ウイルス疾患指導料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の医師の氏名	H I V 感染者の診療に従事した 経験年数（5 年以上であるこ と。）
2 専従の看護師の氏名	H I V 感染者の看護に従事した 経験年数（2 年以上であるこ と。）
3 H I V 感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名	
4 社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名	
5 診察室及び相談室の概要	
（必要に応じ、見取り図等を添付すること。）	

[記載上の注意]

「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

様式 2

高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 K328人工内耳埋込術の施設基準（様式52号及び様式55号）の届出年月日	
平成            年            月            日	
2 耳鼻咽喉科に配置されている常勤医師	
常勤医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

〔記載上の注意〕

「2」の医師は、5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有し、耳鼻咽喉科に配置されている常勤の医師であること。

様式 3

喘息治療管理料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名	
2 必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制	
(1) 患者に提供する計測器等	
(2) 具備する器械・器具（○で囲む。）	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置
エ 気道内分泌物吸引装置	
(3) 緊急時の入院体制	
ア 自院	イ 連携
3 連携保険医療機関の体制	
(1) 名称等	
ア 連携保険医療機関の名称	
イ 開設者名	
ウ 所在地	
(2) 具備する器械・器具（○で囲む。）	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置
エ 気道内分泌物吸引装置	
(3) 緊急時の入院体制	

[記載上の注意]

- 「1」の専任の看護師又は准看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 喘息治療管理を 24 時間実施できる体制の概要を添付すること。

様式 4

[ ] に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様			勤務時間	備考
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		

[記載上の注意]

- 1 [ ] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

区 分	氏 名	経験年数
1 糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師		
2 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師		

[記載上の注意]

- 「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の常勤看護師について、糖尿病足病変の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式5の2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

緩和ケアの経験を有する医師の氏名等	氏名	研修の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式5の3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料1

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。



- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料2に記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料2

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料1に記載した者と重複して差し支えない。

### 3 がん患者指導管理料 3

区 分	氏 名	経験年数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		

[記載上の注意]

- 「2」については、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

## 外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
イ 精神症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	

### 2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

### 3 患者に対する情報提供

--

【記載上の注意】

- 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修を修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。  
また、ウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。  
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、A226-2 緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式5の5

移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料

臓器移植後患者指導管理料・造血幹細胞移植後患者指導管理料

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 専任の常勤医師		
2 専任の常勤看護師		
3 常勤薬剤師		

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料」については、届出を行う管理料について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「2」については、移植医療に係る経験及び移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 4 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 糖尿病指導の 経験を有する医 師			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導の 経験を有する看 護師(又は保健 師)			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導の 経験を有する管 理栄養士			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	

[記載上の注意]

- 1 「1」～「3」については、医師、看護師(又は保健師)、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。
- 4 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」～「3」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

様式5の7

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

= ②/①  %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③/①  %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④/①  %

[記載上の注意点]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

様式5の8

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	①	名
①のうち、eGFR <sub>Cr</sub> 又は eGFR <sub>Cys</sub> (ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) が30未満であったもの	②	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下しているもの	③	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①で eGFR <sub>Cr</sub> 又は eGFR <sub>Cys</sub> を算定した時点から前後3月時点の eGFR <sub>Cr</sub> 又は eGFR <sub>Cys</sub> を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
②/⑥		%

[記載上の注意点]

1. ①の期間は、報告年月日の4月前までの3か月間とする。

例：平成28年10月1日の報告

↓

平成28年4月1日～28年6月30日

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例1：

測定年月日	2月19日	5月19日	8月19日
eGFR <sub>Cr</sub> (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )	33.7	28.6	25.6

→前3月では (33.6-28.6) / 3月=1.67/月、

後3月では (28.6-25.6) / 3月=1.00/月

(1.67-1.00) / (1.67)=40%で、20%以上となるため該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

測定年月日	2月12日	5月19日	8月12日
eGFR <sub>Cr</sub> (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )	33.7	28.6	25.6

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短い、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。



様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1  
 地域連携小児夜間・休日診療料 2
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

- 1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

- 2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)
---------

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関    イ 連携医療機関    (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

様式7の2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

--

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関      イ 連携医療機関      (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。

## 院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出書添付書類

### 院内トリアージの体制

区 分	氏 名	職 種
院内トリアージを行う 専任の医師又は専任の看護師		

#### [備考]

- 1 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を担当する医師の氏名等	
医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
2 放射線治療を担当する専従の看護師の氏名	
3 放射線治療を担当する専従の診療放射線技師の氏名	
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する技術者の氏名等	
技術者の氏名	放射線治療の経験年数
	年
5 緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制 ( 有 ・ 無 )	

[記載上の注意]

- 1 「1」の医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の専従の看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「3」の専従の診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 7 の 7

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名(診療所又は200床未満の病院)	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名(診療所の場合)	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること(病院の場合)	<input type="checkbox"/>
	⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示している
⑦-2	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤の医師が2名以上配置されていること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
⑦-3	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
2. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3. ⑦-2、⑦-3について、確認できる資料の写しを添付のこと。

様式 7 の 8

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	<input type="checkbox"/>
	ア 初期小児救急医療に参加していること	<input type="checkbox"/>
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	<input type="checkbox"/>
	ウ 定期予防接種を実施していること	<input type="checkbox"/>
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	<input type="checkbox"/>
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- ②について、確認できる資料の写しを添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。



## ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	① 名
--------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④ 名
ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤ 回
ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑥ 回

・喫煙を止めたものの割合 =  $(③ + ④) / ①$

%
---

・治療の平均継続回数 =  $⑥ / ⑤$

回
---

**[記載上の注意]**

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。  
 なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

## 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

- (1) 地域医療支援病院                      (2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前30日間)

開放型病院に入院した患者の診療を担当している  
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

(            %) = (            名) ÷ [ (            床) × 30日間 ]

4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師                                      名(うち常勤                                      名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式10を併せて添付すること。

登録医師・歯科医師の名簿

氏名	主たる 診療科	所属医療機関			届出前 の利用
		医療機関名	開設者氏名	住 所	

[記載上の注意]

- 1 名簿は、4の(3)の区分に係る当該医療機関と同一2次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前30日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		( )床	
②		( )床	
③		( )床	
④		( )床	
⑤		( )床	
⑥		( )床	
⑦		( )床	
⑧		( )床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合			
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)			
・担当医師名:			
・看護職員名:			
・連絡先:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

<p>(1) 当該診療所の担当看護職員名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul> <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
<p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p>
<p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul> <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul>
<p>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p>
<p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>
<p>9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</p>
<p>(1) 届出の有無</p> <p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 ( 有 ・ 無 )</p> <p>② 在宅療養実績加算1 ( 有 ・ 無 )</p> <p>③ 在宅療養実績加算2 ( 有 ・ 無 )</p>
<p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ( )</p>
<p>(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師</p> <p>① 氏名 ( )</p> <p>② 勤務を行った保険医療機関名 ( )</p> <p>③ 勤務を行った期間( 年 月 日～ 年 月 日)</p>
<p>(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ( )</p>

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)÷(1)		%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師
①		患者の紹介を受けた日付
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②÷(①+②)		%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③÷(①+②)		%

[記載上の注意]

- 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の4)を添付すること。

- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院			
2 当該病院の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		( ) 床	
②		( ) 床	
③		( ) 床	
④		( ) 床	
⑤		( ) 床	
⑥		( ) 床	
⑦		( ) 床	
⑧		( ) 床	
4 当該病院の許可病床数 _____ 床			
5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制			
(1) 担当部門の連絡先: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先:			
6 24 時間往診が可能な体制			
当該病院の担当医師名:			
7 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)がある場合には名称等を記入すること。)			
(1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:			



8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

- (1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。  
 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
- (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

(1) 届出の有無

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 | ( 有 ・ 無 ) |
| ② 在宅療養実績加算1        | ( 有 ・ 無 ) |
| ③ 在宅療養実績加算2        | ( 有 ・ 無 ) |

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ( )

(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師

- ① 氏名 ( )
- ② 勤務を行った保険医療機関名 ( )
- ③ 勤務を行った期間( 年 月 日～ 年 月 日)

(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ( )

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)	名
---	---

(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。)	名
---	---

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の4)を添付すること。
- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

〔 在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院 〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	(        )ヶ月
2. 合計診療患者数	(        )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ (        )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② (        )名
ア. うち自宅での死亡者数	① (        )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② (        )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ (        )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ (        )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ (        )名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	(        )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ (        )回	① (        )回	(        )回	② (        )回	③ (        )回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	(        )名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	(        )名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	(        )%

IV. 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関;    年 月 日 ~    年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			

③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

#### IV. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	( )名
2. 連携する保険医療機関数	( )医療機関

##### [記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- IIIについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- IVの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	( )ヶ月
2. 合計診療患者数	( )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ( )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ( )名
ア. うち自宅での死亡者数	① ( )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ( )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ( )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ( )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ( )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ ( )回	① ( )回	( )回	② ( )回	③ ( )回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	( )名
2. 連携する保険医療機関数	( )医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	( )回

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	( )ヶ月
2. 合計診療患者数	( )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ( )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ( )名
ア. うち自宅での死亡者数	① ( )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ( )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ( )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ( )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ( )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ ( )回	① ( )回	( )回	② ( )回	③ ( )回

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	

[記載上の注意]

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について (いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	②地域がん診療病院
③小児がん拠点病院	④がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数 (病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 2 の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 13 の 3 を参考にすること。



がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

〇〇〇治療に関する連携計画書

様

計画策定病院(A): 担当医師: 連絡先:  
 連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月…		術後1年…		術後3年…					
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日…		×月×日…							
医療機関		A	B	B	B	A	B	…				
達成目標												
	具体的な項目 …											
患者自覚 症状												
	具体的な項目 …											
診察												
	具体的な項目 …											
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等)											
	…											
	画像診断項目 …											
説明・指 導												
	説明項目											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
- 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

## 排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備 考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 ( ) <input type="checkbox"/> 研修受講
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士		

### 2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成／周知	マニュアルに含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> スクリーニングの方法 <input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法

### 3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
<input type="checkbox"/> 実施	実施日 ( )
<input type="checkbox"/> 実施予定	実施予定日 ( )

**[記載上の注意]**

1 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を( )内に記載し、3年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。

2 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

[記載上の注意]

当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 2 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料  
の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出を行う点数	検査・画像情報提供加算 電子的診療情報評価料 (該当するものを○で囲むこと)
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない
3	HPKIを有する 医師数及び歯科医師 数(人)	人 ※2がロ)の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報 等の電子的な送受 信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するもの全てを○で囲むこと)
5	ネットワーク名	
6	ネットワークに所属 する医療機関名	以下に5つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が5つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)
7	ネットワークを 運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :
8	安全な通信環境 の確保状況	チャンネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :
9	個人単位の情報の 閲覧権限の管理体制	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
10	ストレージ	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格 に基づくストレージ機能 有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

【記載上の注意】

3 表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャンネル・セキュリティ及びオブジェクト・セキュリティについて、保険医療機関内でどのような環境を確保しているかを明示する。

例 チャンネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等  
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

{

 医療機器安全管理料 1  
 医療機器安全管理料 2  
 医療機器安全管理料（歯科）
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

1 常勤の臨床工学技士の氏名	
2 医療安全管理部門の有無	有 ・ 無
3 医療機器安全管理責任者の氏名	
4 医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有 ・ 無
5 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
6 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

[記載上の注意]

- 1 医療機器安全管理料 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「1」、「2」、「3」、「4」を記載すること。
- 2 医療機器安全管理料 2 の施設基準に係る届出に当たっては、「5」、「6」を記載すること。
- 3 「1」の常勤の臨床工学技士の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 「6」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 17

〔 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）  
在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

氏名	職種等

4 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 緊急時の連絡方法・連絡体制	

5 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準  
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 \_\_\_\_\_人

(2) 歯周病安定期治療 \_\_\_\_\_人

※(1)については、歯科訪問診療1及び2を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※(2)については、歯周病安定期治療(I)を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 ( 年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名 (複数の場合は全員)	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応に関する内容を含むものであること。

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。



4 歯科医師の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科医師の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

5 歯科衛生士等の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科衛生士の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 当該地域における連携療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:	台
滅菌器(製品名等):	

11 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療を算定した人数                   ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数               ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、 歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合   ①/(①+②)= _____ …(A)</p>											
<p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前 1 年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数               _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p>											
<p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">研 修 名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>		受講歯科医師名(複数の場合は全員)		研 修 名		受 講 年 月 日		研 修 の 主 催 者		講 習 の 内 容 等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)											
研 修 名											
受 講 年 月 日											
研 修 の 主 催 者											
講 習 の 内 容 等											
<p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 5px;">氏 名</th> <th style="padding: 5px;">常勤／非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> </tbody> </table>		氏 名	常勤／非常勤	1)	常勤／非常勤	2)	常勤／非常勤	3)	常勤／非常勤		
氏 名	常勤／非常勤										
1)	常勤／非常勤										
2)	常勤／非常勤										
3)	常勤／非常勤										
<p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制       ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者の氏名及び職種</li> <li>・ 連絡方法・連絡先</li> </ul> <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制                   ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医の氏名</li> </ul>											

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

---

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

---

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～12については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

---

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合:  $\frac{①}{①+②+③} \times 100\%$

\_\_\_\_\_ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器承認番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
【備考】		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証/届出番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績 (届出前1年間の実績)

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③=①+②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧=⑤+⑥+⑦)			回

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅時医学総合管理料  
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）：                      年                      月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

- ①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数                      (                      ) 名
- ②往診又は訪問診療を実施した患者数    (                      ) 名
- ③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①）                      (                      ) %

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況</p> <p>(1) 今回届出</p> <p>(2) 既届出：平成          年          月          日</p>
<p>2 担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者）</p> <p>(1) 医 師</p> <p>(2) 看護師</p>
<p>3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院患者数（延べ患者数）          名</p> <p><input type="checkbox"/> 外来患者数（延べ患者数）          名</p> <p><input type="checkbox"/> 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）          名</p>

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）

- (1) 当該医療機関のみで確保  
(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保

・ 名称：  
・ 開設者：

- (3) 連携保険医療機関のみで確保

・ 名称：  
・ 開設者：

2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）

- (1) 担当者が固定している場合  
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）

・ 担当医師名：  
・ 看護職員名：  
・ 臨床工学技士名：  
・ 連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。



在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の

注 2 の施設基準に係る届出書添付書類

( 1 緩和ケア及び 2 褥瘡ケアの届出を行うものに○をつけること。)

1 緩和ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

2 褥瘡ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

[記載上の注意]

- 1 及び 2 の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該病院の許可病床数_____床
2 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制
(1) 担当者が固定している場合:
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)
・担当者名:
・連絡先:
3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。
(1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が 24 時間可能な体制を確保している。
(2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。
(3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。

[記載上の注意]

- 1 24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。
- 2 様式 20 の5を添付して届出を行うこと。

## 在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	(        )床
2. 計算期間	年    月    ~    年    月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	(        )名
2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む)	(        )名
3. 現在の入院希望患者数	(        )名

III. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回
(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外)
(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回
(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	(        )医療機関
-------------------	----------------

[記入上の注意]

- 1 IIの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206 在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2 IIIの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。



※1 本様式は、一例であるため同様の内容が含まれていればよく、医療機関の実情等に応じて適宜変更可能なものであること。ただし、その場合であっても以下の内容を含むものであること。

- ①当該医療機関が在宅医療を担当している医療機関からの求めに基づき、24時間いつでも診療を行うこと
- ②入院が必要となった場合は、当該医療機関が入院治療を行うこと
- ③当該医療機関で入院治療が行えない場合は、当該医療機関が適切な医療機関へ紹介すること
- ④患者の診療情報について情報交換を行うこと
- ⑤関係医療機関や患者の情報等

※2 当該医療機関で入院治療が行えない場合に搬送の可能性がある医療機関については、患者の希望を踏まえて必要に応じて記載すること。

※3 当該医療機関は本様式の写しを保管し、在宅医療を提供する医療機関に対しても写しを交付すること。

※4 本内容に変更の必要が生じた場合は速やかに新たな様式を作成し、交付すること。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

1 「1」の在宅褥瘡管理者については、5年以上の医療従事者の経験、及び、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。

2 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）		
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）		
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）		
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

## 2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間： 年 4 月～ 年 3 月) (期間： 年 月～ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	6. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

### [記載上の注意]

1. 1の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
  - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
  - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患



者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

様式 20 の 9

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施設としての届出	有 ・ 無
2 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ	
ウェブページの名前	
ウェブページのURL	http://

[記載上の注意]

届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考 1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。  
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

様式 21 の3の2

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準の施設基準に係る届出書添付書類

歯科訪問診療の実施状況（届出前1月間の実績）

歯科訪問診療の患者数 ①\_\_\_\_\_人

外来の患者数 ②\_\_\_\_\_人

歯科訪問診療を実施した患者数の割合  $\frac{①}{①+②} = \underline{\hspace{2cm}} \dots (A)$

**※(A)が 0.95 未満である場合 当該基準に適合**

[記載上の注意]

※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2又は3)を算定した人数、

②については、診療所で歯科初診料又は歯科再診料を算定した人数を記載すること。

※①、②とも延べ人数を記載すること。

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前 3 月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

2. 月平均患者数:  $(①+②+③) \div 3$

\_\_\_\_\_ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合:  $① \div (①+②+③) \times 100\%$

\_\_\_\_\_ %

[記載上の注意]

① ~③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 22

検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)  
国際標準検査管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 <span style="float: right;">名</span>	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 <span style="float: right;">実施している ・ 実施していない</span>	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 <span style="float: right;">有 ・ 無</span>	
7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無 <span style="float: right;">有 ・ 無</span>	

[記載上の注意]

- 「1」の常勤医師の経歴(臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの)を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
- 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料(従事者の勤務状況など具体的にわかるもの)を添付すること。
- 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料(実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの)を添付すること。
- 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。



様式 22 の 2

〔 HPV 核酸検出  
HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
2 産婦人科の経験を 5年以上有した常勤 の医師の氏名等	医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
		年

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

遺伝学的検査の注  
遺伝カウンセリング加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項		
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数	
	年	
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）		
件		
3 関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針の遵守		
有 ・ 無		
4 遺伝学的検査の一部を委託する施設		
名称	住所	確認方法

[記載上の注意]

- 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。
- 3 「4」については、遺伝学的検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

様式 24

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算  
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術  
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 担当医師の状況		
(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師	(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)		年
		年
(非常勤)		年
		年
(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師		
(常 勤)		年
		年
(非常勤)		年
		年
(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師		
(常 勤)		年
		年
(非常勤)		年
		年
3 連携保険医療機関		
(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名		
(2) 5年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名		
	(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)		年
		年

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「3」を記載すること。

様式 24 の 3

心臓超音波検査胎児心エコー法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 産婦人科、循環器内科又は小児科の経験を5年以上有するとともに当該検査を20例以上の経験を有する医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 産婦人科、循環器内科又は小児科の常勤医師の氏名等（産婦人科の場合は、2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	
4 倫理委員会の設置状況		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、医師が経験した当該検査の症例数がわかる書類を添付すること。
- 3 「3」については、産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

様式 24 の 4

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該検査用の器械・器具の 名称、台数等		
緊急時のための手術室	平方メートル	
緊急検査が可能な検査体制	有・無	
担当医師の状況		
常時(午前0時より午後12時までの間) 待機医師	日勤 名 その他 ( ) 名	当直 名 名
5年以上の経験を有する医師	常勤 名	非常勤 名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等		
生化学的検査		
血液学的検査		
微生物学的検査		
画像診断		
病理学的検査		
臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制		
	人 数	勤 務 形 態
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
糖尿病管理 患者数	実患者数	算定期間
	名	年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算  
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 常勤医師の氏名及び経験年数		
常勤医師の氏名	経験年数	
		年
		年
		年
		年
		年
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績		
新規導入患者数（過去一年間）		名
通院患者数		名

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも5年以上の経験を有すること。また、その経験年数及び実績のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等

医師の氏名及び所属部署	経験年数等

2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	(一般的名称)	(承認番号)
・ 生化学的検査 (血液ガス分析)		
・ 画像診断 (単純撮影 (胸部))		

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴 (当該検査の経験及び循環器内科又は呼吸器内科の経験の状況がわかるもの) を添付すること。

様式 24 の 7

ヘッドアップディスプレイ試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
診療科	医師の氏名	経験年数
		年
2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要		
(概要) ( 有 ・ 無 )		

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴（当該検査の経験及び神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験の状況がわかるもの）を添付すること。



様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査  
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術  
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 「1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		科
3 長期脳波ビデオ同時記録検査の実施件数		例
4 てんかんの治療を目的とする手術の実施件数		例
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)		
(所在地)		
5 MRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等		
MRI装置 (機種名) (型番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)	(名 称)	(名 称)
(所在地)	(所在地)	(所在地)
6 当該診療科の常勤医師の氏名等 (1名以上)		
常勤医師の氏名	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
7 常勤の看護師の氏名		
8 常勤の臨床検査技師の氏名		
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、外科治療との連携 等)		
10 てんかんに関する地域連携診療計画への拠点施設としての登録		有 ・ 無
11 てんかん診療拠点機関への選定		有 ・ 無
12 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
13 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施しておらず、当該手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置等を有しておらず、MRI装置等を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

- 3 「6」については、てんかんに関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「10」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 5 「11」については、選定されていることが確認できる資料を添付すること。

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の  
施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別	・新規届出（実績期間 ・再度の届出（実績期間 ・機器増設による届出（実績期間	年 月～ 年 月～ 年 月～	年 月 年 月 年 月
2	届出年月日	平成 年 月 日		
<p>3 施設共同利用率の算定</p> <p>① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名</p> <p>② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名</p> <p>③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名</p> <p>④ 施設共同利用率 = <math>(2-3) / (1-3) \times 100\%</math></p> <p style="text-align: right;">= <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %</p>				

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の④による施設利用率が20%以上であること。  
 なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

① 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

② 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合

③ 適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなる施設基準

(2) 届出種別

・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

・機器増設による届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

(3) 届出年月日 平成 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を 5 例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2 名以上）

診療科名	氏名	当該療法の 経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療研究センターが実施している研修の修了の有無（1 名以上）
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏名

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 施設共同利用率の算定

① 当該検査機器を使用した全患者数 \_\_\_\_\_ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 \_\_\_\_\_ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 \_\_\_\_\_ 名

④ 施設共同利用率 =  $(2-3) / (1-3) \times 100\%$  =  %

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
(2)	① 当該病院の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該病院の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 1 「1」の(2)及び(9)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 2 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する病院は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(9)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「1」の(5)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 6 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 7 「1」の(9)について
  - (1) ④による施設利用率が20%以上であること。
  - (2) 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
  - (3) 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 8 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該病院又は当該病院の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該病院が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

### 光トポグラフィーに係る報告書

1 概要（当該検査を実施した者全員について、合計したものを記載すること）

(1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するために実施した光トポグラフィーの年間実施件数	_____ 件
(2) ① (1) のうち、当該検査後にうつ病と診断した者の数	_____ 例
(2) ② (1) のうち、当該検査後に双極性障害と診断した者の数	_____ 例
(2) ③ (1) のうち、当該検査後に統合失調症と診断した者の数	_____ 例
(2) ④ (1) のうち、当該検査後に、(2) ①から③までに該当しなかった者の数	_____ 例

2 詳細（当該検査を実施した者全員について記載すること）

実施年月日	検査前診断名	患者性別	患者年齢	検査後診断名

[記載上の注意]

「D236-2」の「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者についてのみ記載すること。

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	脳磁図の経験年数
	年

[記載上の注意]

3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。



脳波検査判断料 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 MRI装置の名称、型番、メーカー名等 （機種名）  （型番）  （メーカー名）  （テスラ数）  <連携保険医療機関において実施している場合> （名称）  （所在地）		
3 脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名	脳波診断に関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名		
5 てんかんに関する地域連携診療計画への二次診療施設としての登録		有 ・ 無
6 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
7 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：		有 ・ 無
8 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置を有しておらず、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 2 「3」については、脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 4 「7」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

様式 27 の 3

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査の実施及び送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（脳波診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査判断料 1 の届出年月日 （ 年 月 日）
3 脳波検査の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科	当該診療科の経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の経歴（研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。
- 2 当該検査を施行する医師全て（常勤非常勤に係わらず）について提出すること。

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 補聴器適合検査に関する所定の研修を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤医師の氏名	
当該検査を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置	
騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置	
補聴器周波数特性測定装置	

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 29 の 2

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

（コンタクトレンズ検査料 1  
 コンタクトレンズ検査料 2  
 コンタクトレンズ検査料 3）

の施設基準に係る届出添付書

※ 該当する届出項目に○を付けること

1	外来患者の数	①
2	コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3	外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 $\text{②} / \text{①} \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
4	眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
	氏 名	経験年数
5	コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数	③
6	5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数	④
7	5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数	⑤
8	コンタクトレンズの自施設交付割合 $\text{④} / (\text{④} + \text{⑤}) \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
9	眼科の病床を有している。	(該当する・該当しない)

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。
- 5 「5」の患者数が0人である場合にあっては、「6」から「8」までの記載は不要であること。
- 6 「6」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

## 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

- 2 10年以上の小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を有する小児科の常勤医師の氏名等（1名以上）

常勤医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（小児食物アレルギーの診断及び治療経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。



様式 31 の 2

内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 薬疹の診断及び治療の経験を 10 年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師の氏名等  
（1 名以上）

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（薬疹の診断及び治療の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の 3

センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 併用法      2 単独法		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2単独法」のうち色素のみによるものを届出する場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

画像診断管理加算 1  
画像診断管理加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
	常勤医師の氏名	経験年数
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関に おける実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師 の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日 までに行った件数	
核医学診断	③ 件	
コンピューター 断層診断	④ 件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = (③+④) / (①+②) × 100%		
= <input type="text"/> %		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」及び「4」は記載する必要はないこと。

〔 歯科画像診断管理加算 1  
 歯科画像診断管理加算 2 〕 の施設基準届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）		
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日		
平成      年      月      日		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影、コンピューター断層診断(歯科疾患に係るものに限る。)に係る事項		
当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
① 件	② 件	③ 件
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = _____ % (③/①×100%)		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 3 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要はないこと。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。）  画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。）	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式 35

遠隔画像診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受診側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況  画像診断管理の届出年月日 （ 年 月 日）	
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料 の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

ポジトロン断層撮影  
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影  
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影  
 乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る  
 届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	届出種別	・新規届出（実績期間 ・再度の届出（実績期間 ・機器増設による届出（実績期間	年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数	
		年	
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	診断撮影機器	
3 施設共同利用率に係る事項			
①	保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	_____	名
②	当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	_____	名
③	特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____	名
④	施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%	= <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	%
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関 (該当するものを○で囲むこと。)			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 3 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

CT 撮影及びMRI 撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 64列以上のマルチスライスCT</li> <li>・ 16列以上64列未満のマルチスライスCT</li> <li>・ 4列以上16列未満のマルチスライスCT</li> <li>・ MRI (3テスラ以上)</li> <li>・ MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満)</li> </ul>	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(テスラ数等)</p>	
3 保守管理計画の有無	有 ・ 無
4 安全管理責任者の氏名	
5 画像診断管理加算2の届出の有無	有 ・ 無
6 専従の診療放射線技師の氏名	



7 施設共同利用率に係る事項

・64列以上のマルチスライスCT

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 \_\_\_\_\_ 名

② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 \_\_\_\_\_ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 \_\_\_\_\_ 名

④ 施設共同利用率 =  $(2-3) / (1-3) \times 100$  =  %

・MRI（3テスラ以上）

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 \_\_\_\_\_ 名

② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 \_\_\_\_\_ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 \_\_\_\_\_ 名

④ 施設共同利用率 =  $(2-3) / (1-3) \times 100\%$  =  %

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。
- 5 「7」については、施設共同利用率が10%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

CT透視下気管支鏡検査加算  
 冠動脈CT撮影加算  
 外傷全身CT加算  
 心臓MRI撮影加算  
 乳房MRI撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライスCT ( 64列以上                      16列以上64列未満 ) ・MRI ( 3テスラ以上                      1.5テスラ以上3テスラ未満 )		
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。) (機種名)  (型番)  (メーカー名)  (列数又はテスラ数)		
4 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年
5 画像診断管理加算2の施設基準への該当性の有無 有                                      ・                                      無		
6 救命救急入院料の届出の有無 有                                      ・                                      無		
7 関係学会より認定された年月日 <div style="text-align:right;">平成    年    月    日</div>		

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「4」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「5」については、冠動脈CT撮影加算、心臓MRI加算及び乳房MRI加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 6 「7」については乳房MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該検査に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
歯科用下顎 運動測定器	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
グルコース 分析装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

※「2」の歯科用下顎運動測定器及びグルコース分析装置については、医療機器認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の 専任の常勤医師 の氏名		

[記載上の注意]

- 1 届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 2 常勤医師の経歴、勤務状況を添付すること。

## 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上）
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期間 （届出時の直近3か 月：1か月ごと及び3か 月間の合計）	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計）
全医薬品の規格単位 数量 ①				
後発医薬品あり先発 医薬品及び後発医薬 品の規格単位数量 ②				
後発医薬品の規格単 位数量 ③				
カットオフ値の割合 ④ ②／①（%）				
後発医薬品の割合 ⑤ ③／②（%）				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。

外来化学療法加算 1  
 外来化学療法加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 専用の治療室	専用の治療室の面積	平方メートル
	専用の病床数	床
2 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
3 当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名		
4 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
5 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制  可 ・ 不可	(不可の場合、連携保険医療機関名)

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「2」の医師、「3」の看護師及び「4」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「2」については、外来化学療法加算 1 に係る届出の場合のみ記入すること。
- 4 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤（2名以上）	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）				平方メートル	
無菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット                   （番号に○をつけること。）				
	形 式 ・ 規 格				
	空気清浄度、集塵効率等				
	台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。



心大血管疾患リハビリテーション(I)  
心大血管疾患リハビリテーション(II)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
循環器科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名							
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名							
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
リハビリテーション科の 医師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- 6 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 7 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)						
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
	当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
リハビリテーション科の医師の氏名	

## 維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

	介護保険サービス名	指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去 1 年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

	介護保険サービス名	提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
	合計	人

### [記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添 2 の様式 44 の 2 を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 4 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。
- 5 介護保険サービスの指定については、介護保険法第 7 1 条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。



[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 4 「障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 5 その他、障害児（者）リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）	A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数）	B	名	
（再掲）			
脳性麻痺		名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		名	
顎・口蓋の先天異常		名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		名	
先天性又は進行性の神経筋疾患		名	
神経障害による麻痺及び後遺症		名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		名	
当該施設における障害児（者）患者の割合	B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料						
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名		リハビリテーションに係る経験	あり・なし				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	専任の常勤医師の氏名		リハビリテーションに係る経験	あり・なし				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積	専用施設面積		平方メートル					
	言語聴覚療法専用施設の面積		平方メートル					

## 当該療法を行うための器械・器具の一覧

### [記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類  
②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。



認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア					
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名			リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
				認知症患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名			リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
				認知症患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
当該療法を行うための器械・器具の一覧							
(Blank area for equipment list)							

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類  
②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。
- 4 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算 1  
胃瘻造設術  
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2	常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
3	胃瘻造設術の年間症例数	例
4 経口摂取回復率		
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
		A = ① + ②
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態へ回復した患者を除く）	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者	人
		B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く）	人
⑨ / ( A - B ) = 割 分		
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている ( 該当する ・ 該当しない )		
※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。		
意識障害等があり実施が危険な患者		人
顔面外傷により嚥下が困難な患者		人

筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者	人
6 胃瘻造設術を行う場合、全例に多職種による術前カンファレンスを行っている ( 該当する ・ 該当しない )	
7 胃瘻造設術を行う場合、全例に計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施している ( 該当する ・ 該当しない )	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(9)に定めるところによるものであること。
- 2 経口摂取回復促進加算1に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 3 「4」、「5」、「6」及び「7」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 4 「4」の③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。
- 5 「4」の⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。
- 6 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
  - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
  - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 7 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 8 「5」、「6」及び「7」は、経口摂取回復促進加算1の届出の際は記載する必要はないこと。



様式 43 の 6

経口摂取回復促進加算 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 実績期間（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 常勤の言語聴覚士の人数		専従 名 非専従 名
3 経口摂取回復率		
①	6 月前から 3 月前までの過去 3 月間（1. の実績期間）に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前 1 月以上の間経口摂取を行っていない者（ただし、②から⑤までに該当する患者を除く）	人
②	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）	人
③	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
④	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑤	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑥	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、②から⑤までに該当する患者を除く）	人
⑥ / ① = 割		

[記載上の注意]

- 「2」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添 2 の様式 44 の 2 に記載し、添付すること。
- ②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

	氏名	資格取得年	経験症例数	修了した研修名・主催者名
専任常勤医師				
専任常勤看護師 常勤理学療法士 常勤作業療法士 (該当するものに○)				

2. その他の従事者の状況

氏名	資格取得年	資格取得後に業務に従事した 保険医療機関の名称	修了した研修名 ・主催者名

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数 ( ) 回 (対象期間 平成 年 月～平成 年 月)

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

保険医療機関名	リンパ浮腫指導 管理料算定回数	対象期間	診断等に係る 連携	合併症治療に係る 連携
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( )

5. 器械・器具等の状況

歩行補助具 治療台、各種測定用器具 (巻尺等)

[記載状の注意]

- 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- には該当する場合にレを記入すること。
- 「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科 (内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。) を記入すること。
- 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類 (修了証、プログラム等) を添付すること。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 2 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。

リハビリテーション従事者の名簿

No	氏名	職種	常勤 非常勤	専従・専任														経験		
				ADL 維持 向上 等 制 加 算	回復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	地 域 包 括 ケ ア 病 棟	心 大 血 管	脳 血 管 疾 患 等	廃 用 症 候 群	運 動 器	呼 吸 器	摂 食 機 能 療 法	難 病 者	障 害 児 ( 者 )	が ん 患 者	認 知 症 患 者	リン パ 浮 腫		集 団 コ ミュ ニ ケー シ ョ ン	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤																	

[記載上の注意]

- 当該医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある者は介護保険のリハビリテーションの従事者であっても記載すること。
- 職種の欄におけるその他とは、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)に規定される適切な研修を修了した準看護師等のことをいう。
- 専従者、専任者については、当該従事者が担当するリハビリテーション区分の全てについて、専従であれば◎、専任であれば●を記載すること。
- 各リハビリテーションに規定される、経験を有する者については、「経験」欄に経験を有する又は研修を修了したリハビリテーション名を記載すること。
- 地域包括ケア病棟には地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を含む病棟が含まれる。



（認知療法・認知行動療法1  
認知療法・認知行動療法2  
認知療法・認知行動療法3）の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
指定番号	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他(名称 )

2 認知療法・認知行動療法1又は3の実績に係る要件

(1)	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)
(2)	①+②+③	回(≥6回)
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
	②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回
	③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
(3)	④所属する保険医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
	⑤所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

3 認知療法・認知行動療法3の専任の看護師に係る要件

(1) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名 ( )  
 勤務した期間 ( 年 月 ~ 年 月 )  
 同席した面接 ( 回 )

(2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接 ( 症例 回 )  
 うち、指導・確認を受けた面接 ( 症例 回 )  
 指導・確認を行った者の氏名 ( )

(3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名 ( )  
 主催者名 ( )  
 厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師 ( )

[記載上の注意]

- 1 「1」について、医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 3 認知療法・認知行動療法1又は3を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 4 「3」(3)について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
- 5 「3」(3)について、適切な研修を修了したことを確認できる資料(修了証、プログラム等)を添付すること。

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

様式 44 の5

通院・在宅精神療法の注4に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

氏名	精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

(2) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

氏名	精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1)通院・在宅精神療法を実施した患者の数(ひと月当たり平均)	人
(2)うち、16歳未満の患者の数(ひと月当たり平均)	人
(3) $(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該常勤精神保健指定医の経歴(精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号)がわかるものを添付すること。
- 「3」について、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 ( 有 ・ 無 )

2 専任の常勤医師に係る要件

氏名	適切な研修
	あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

[記載上の注意]

「1」の常勤医師及び「2」の常勤看護師等について、適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式 44 の7

依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

氏名	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

2 専任の看護師等

氏名	職種	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

[記載上の注意]

「1」の精神科医及び「2」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル				
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手工芸						
木工						
印刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						
病院の種別（該当する方に○をつけること。） ・精神科病院 ・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院						

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科 [ ] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積						平方メートル	
		患者1人当たり				平方メートル	

〔記載上の注意〕

- 1 [ ] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・精神科医師
  - ・作業療法士
  - ・看護師
  - ・臨床心理技術者
  - ・精神保健福祉士
  - ・栄養士
  - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 3 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。



精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日( 歳)
主治医		デイ・ケア 担当職員			
診断		既往症			
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 病院)				
治療歴 (デイ・ケア等の 利用歴を含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (  デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間 ) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間 ) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間 ) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間 ) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間 )         )				
現在の状況 (症状・治療内容等)					
デイ・ケア 利用目的					
デイ・ケア 内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)				
デイ・ケア 目標	短期目標(概ね3ヶ月以内)				
	長期目標(概ね1年以内)				
特記事項					

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名： ) (職名： )	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制																												
・担当者名 :																												
2 24 時間往診が可能な体制 ( あり ・ なし )																												
・担当医師名 :																												
3 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制 ( あり ・ なし )																												
・担当者名 : ・連絡先電話番号 : ・緊急時対応する職員 _____ 人 (職種別の内訳を以下の表に記入すること)																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">保健師</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">看護師</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">作業療法士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">精神保健福祉士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	保健師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	看護師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	作業療法士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	精神保健福祉士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人
保健師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
看護師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
作業療法士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
精神保健福祉士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
4 連携する訪問看護ステーションについて (次のいずれかの□にVをつけたうえで記入すること。)																												
<input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし <input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションあり ( 特別の関係である ・ 特別の関係でない ) ・名称 : ・開設者 : ・24 時間精神科訪問看護が可能な体制 : ( あり ・ なし )																												

5 チーム構成員 (同じ職種が複数名いる場合においては、全ての構成員を記載すること。また、当該チームに専従の者については専従欄に○を記入すること。)			
職種	氏名	所属施設名	専従
精神保健指定医			
保健師又は看護師			
作業療法士			
精神保健福祉士			
その他			

6 都道府県等に協力し診察業務等行った回数	回(≥1回)
7 ①+②+③	回(≥6回)
①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回
③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
8 ④ 時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
⑤ 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「1」から「4」について、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、主な担当者や電話番号を記載することで差し支えない。ただし、当該保険医療機関が24時間の精神科訪問看護・指導が可能な体制を有する場合には、「3」において、緊急時の精神科訪問看護・指導を行う職員について、職種別に人数を記載する必要があること。
- 「4」について、連携する訪問看護ステーションがある場合には、「連携する訪問看護ステーションあり」をチェックしたうえで、特別の関係についていずれかを丸で囲み、名称及び開設者を記入すること。また、「2」において、当該保険医療機関が24時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが24時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。
- 「5」について、チーム構成員のいずれか1名以上は、届出を行う保険医療機関において専従であること。また、連携する訪問看護ステーションがある場合には、チーム構成員に連携する訪問看護ステーションの保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を1名以上含むこと。
- 「6」および「7」については、当該保険医療機関の直近1年間の実績を記載し、全てを満たすこと。「8」については、④又は⑤の要件を満たすこと。なお、実績等については、紹介に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の精神保健指定医の氏名 ( 指 定 番 号 )	( )
行動制限最小化に係る委員会	開催回数 ( ) 回／月  参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る基本指針の作成日時	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 ( ) 回／年

備考 行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。

様式 48 の 2

処置  
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	算定を行う診療科数	
2	病院全体の診療科が届出を行っている。	(該当する・該当しない)
	病院の標榜診療科数	
3	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。	(該当する・該当しない)
4	急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)	
	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④災害拠点病院	
	⑤へき地医療拠点病院	
	⑥地域医療支援病院	
	⑦年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間 名
	⑧年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間 件
5	静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制	(有 ・ 無 )
6	予定手術前日において医師が当直等を実施した日数	( 日 )
7	1 日の当直人数 (集中治療室等に勤務する医師を除く。) ( 人 )	

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において  
医師が当直等を実施した日数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 「3」については、様式 13 の 2 「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。
- 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 「4」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。
- 「5」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添 2 の様式 4 を添付すること。

- 6 「6」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。(様式自由) なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」については、「2」に該当する場合に記載すること。



様式 48 の 2 の 2

算定診療科の概況

算定診療科（算定を行う全ての診療科名を記載し、（１）～（３）のいずれの体制をとっているものであるか○を記入すること）			
診療科名	（１）交代勤務制	（２）チーム制	（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			

[記載上の注意]

- （１）交代勤務制を実施している診療科は様式 48 の 3 により、（２）チーム制を実施している診療科は様式 48 の 4 により、それぞれ詳細な実施状況を提出すること。また、（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を実施している場合は、実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを添付すること。

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別	
平日	( 2交代制 ・ 3交代制)
休日	( 2交代制 ・ 3交代制)
(2) 夜勤者人数	( 名)
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日としている	( 該当する ・ 該当しない)
(4) 日勤から連続して夜勤を行うことがある	( 該当する ・ 該当しない)
(5) (4)に該当する場合、夜勤者を2人以上とし、連続勤務者の休憩を4時間以上確保している。	( 該当する ・ 該当しない)
(6) 夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時1列までの手術を夜勤者のみで実施している	( 該当する ・ 該当しない)

[記載上の注意]

- 届出前1か月の勤務計画表(勤務実績)が分かる書類及び届出前1ヶ月の当該診療科の手術の一覧(予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手(全ての医師)の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること)を添付すること。(様式自由)
- 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	在籍する医師数 名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
3 チーム制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 緊急呼び出し当番数	
平日の夜勤時間帯 (	名)
休日の日中 (	名)
休日の夜勤時間帯 (	名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日に行っている (該当する ・ 該当しない)	
(3) 夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている。 (該当する ・ 該当しない)	
4	
(1) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数 (院内に呼び出した日数)	_____ 日
(2) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数	_____ 件

[記載上の注意]

- 届出前 1 ヶ月の緊急呼び出し当番の実績表 (緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績 (保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。)) が分かる書類及び届出前 1 ヶ月の当該診療科の手術の一覧 (予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手 (全ての医師) の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること) を添付すること。(様式自由)
- 「3」の (1) については、届出前 1 か月の平均を記入すること。

硬膜外自家血注入の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を5年以上（及び当該療養の経験を1年以上）有するとともに、当該処置について術者として3例以上の経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		
4 当直体制の概要			
5 合併症等に備えた連携体制の構築	有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「2」については医師が経験した当該処置の症例一覧（実施年月日、処置名、患者の性別、年齢、主病名）及び当該療養の経験年数が分かる書類を添付すること。
- 3 当該届出は、病床を有する保険医療機関のみ可能であること。
- 4 「5」について、当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関と連携体制を構築していること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類  
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等(1名以上)	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類  
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数 (5年以上)	_____ 年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3

〔 透析液水質確保加算 1 〕  
〔 透析液水質確保加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
3 水質検査の実施状況等		
実 施 年 月 日	水質検査結果（採取部位、細菌数、エンドトキシン等）	
年 月 日		
年 月 日		

年 月 日	
年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 2 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 3 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。
- 4 「3」については、届出前3ヶ月の実施状況等を記入すること。
- 5 透析液水質確保加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載する必要はないこと。



様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている ( 該当する ・ 該当しない )	
2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った1月間の患者数 (実績期間 年 月)	人
3 ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている ( 該当する ・ 該当しない )	
4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科名称：	
ア 循環器科	循環器科の標榜 ( 有 ・ 無 )
イ 胸部外科又は血管外科	標榜する診療科 ( )
ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科	標榜する診療科 ( )
5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 ( 有 ・ 無 )	

[記載上の注意]

- 「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の所在地及び名称を記入すること。

様式 49 の 4

磁気による膀胱等刺激法の施設基準に係る届出書添付書類

	医師の氏名	診療科名	経験年数
5年以上の泌尿器科の経験又は5年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師の氏名等		科	年
		科	年
		科	年
		科	年
		科	年

[記載上の注意]

- 1 常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 49 の 6

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の常勤医師の氏名等								
常勤医師の氏名	神経・筋疾患 の診療経験年数		リハビリテーション の診療経験年数		所定の研修 修了年月日			
	年		年					
	年		年					
	年		年					
	年		年					
2 従事者数								
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	その他	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	3 訓練室の設備等について							
	当該処置を実施するための施設の面積					平方メートル		
当該処置を行うための器械・器具の一覧								

4 担当の複数職種が参加するカンファレンスの詳細	
開催頻度	
参加職種	医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他

[記載上の注意]

1. 「1」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
 なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・ 常勤医師
  - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療の経験を3年以上有している医師
  - ・ 常勤医師のうち、リハビリテーションの経験を3年以上有している医師
  - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療及びリハビリテーションの経験を3年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び関連診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
2. 当該処置に従事する看護師、理学療法士、作業療法士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式49の7を添付すること。
3. 当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
4. その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・ 処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
5. 届出に当たっては、担当の複数職種が参加するカンファレンスの議事録を、個人情報をもスクした上で、添付すること。



手術用顕微鏡加算  
 歯根端切除手術の注 3
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	(該当するものに○を記入)  <input type="checkbox"/> 自院で撮影  <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影	
連携医療機関	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	

※ 「2」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「2」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。

う蝕歯無痛的窩洞形成加算  
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
	手術時歯根面レーザー応用加算

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日 (当該届出を行っている場合のみ記載)

平成	年	月	日
----	---	---	---

## CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

## 1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

## 2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

## 3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

## [記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。



様式 50 の 3

歯科技工加算 1 及び 2 の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図又は配置図等）を添付

様式 50 の 4

皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネル  
リンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名		
4 麻酔科標榜医の氏名				
5 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。



様式 50 の 5 の 2

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
2 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師	
常勤医師の氏名	経験年数
3 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無（有・無）	
4 「3」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無（有・無）	

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「3」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「4」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）  
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>				
2 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数				
例				
3 関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	整形外科の 経験年数	膝関節手術の 経験症例数	関節軟骨修復術 の経験症例数	所定の研修 修了年月
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「2」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・整形外科の常勤医師
  - ・整形外科の常勤医師のうち、整形外科の経験を5年以上有している医師
  - ・整形外科の常勤医師のうち、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例

以上術者として実施した経験を有する医師

- ・ 整形外科の常勤医師のうち、所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師  
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数、関節軟骨修復術又は膝関節手術の経験の有無及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51

腫瘍脊椎骨全摘術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 常勤の整形外科の医師の氏名（2名以上）	
常勤医師の氏名	
3 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	脊椎手術の経験症例数
	例
	例
4 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	腫瘍脊椎骨全摘術の経験症例数
	例
	例
5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制      有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131-2」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術であること。
- 2 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の整形外科の医師
  - ・脊椎手術を術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
  - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を3例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
- 3 「3」及び「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



頭蓋内腫瘍摘出術における脳腫瘍覚醒下マッピング加算  
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 関係学会より認定された年月日			
平成 年 月 日			
4 脳神経外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	脳神経外科の 経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピング の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
5 麻酔科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	麻酔科の経験年数		所定の研修修了年月
	年		
	年		
6 頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数			
例			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「4」及び「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

- ・脳神経外科の常勤医師
- ・脳神経外科の常勤医師のうち、脳神経外科の経験を5年以上有している医師
- ・脳神経外科の常勤医師のうち、5例以上の脳腫瘍覚醒下マッピングの経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、脳神経外科の経験年数及び脳腫瘍覚醒下マッピングの経験の有無がわかるもの）を添付すること。

- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に3例以上、再度の届出の場合には実績期間内に5例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51 の 3

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 脳神経外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名等	経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
3 術中の病理検査が可能な体制	有 ・ 無	
4 病理部門の病理医の氏名		
5 合併症への対応の体制	有 ・ 無	
6 当該機器の使用管理区域	(概要)	
7 機器管理責任者の氏名等		
機器管理責任者の氏名	所定の研修修了年月日	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「2」及び「7」について、所定の研修修了証の写しを添付すること。ただし、「2」及び「7」は同一の者であってもよい。

[ 検査・手術症例一覧 ]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術  
の施設基準に係る届出書添付書類

1 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
  - ・所定の研修を修了している大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師  
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、大腸肛門疾患の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
			例
			例
			例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）			例

[記載上の注意]

- 「2」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の形成外科の医師
  - ・常勤の脳神経外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は  
帯状角膜変性に係るものに限る。))の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 (1名以上、「2」と重複しても可)		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）			科
2 常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	科		
	科		
	科		
	科		
	科		
3 眼科の経験を5年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の経験症例数	
	年	例	
	年	例	

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」の常勤医師の経歴（眼科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 4 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。



様式 54 の 4

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））  
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 （うち1名は5年以上の眼科の経験を有するもの）	
		年
		年
		年
3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の実施件数（合わせ50例以上）		例

[記載上の注意]

1. 「2」の常勤の眼科医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・眼科の常勤医師
  - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
2. 「3」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

様式 54 の 5

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・ 新規届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
・ 再度の届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること）		
		科
3 眼科に係る10年以上の経験を有する、定められた手術を主たる術者として 1年に併せて30例以上行った常勤医師の氏名等（少なくとも1名）		
医師の氏名	経験年数	定められた手術の症例数
	年	例
	年	例
4 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧		
機器名（製品名）	保守管理の計画の有無	
	（有 ・ 無）	
	（有 ・ 無）	
	（有 ・ 無）	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の定められた手術とは、「K277-2」、「K280」の「1」、「K280」の「2」又は「K281」に掲げる手術であること。
- 3 「3」に該当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 常勤の眼科の医師等の氏名（2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	経験年数 （2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名（1名以上）			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有	・	無

[記載上の注意]

1. 「2」の常勤の眼科の医師及び「3」の常勤の麻酔科標榜医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・眼科の常勤医師
  - ・麻酔科の常勤医師
  - ・10年以上の眼科の経験を有する常勤医師
  - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、網膜再建術を3例以上実施した経験を有する常勤の眼科（10年以上の眼科の経験を有するものに限る。）の医師
2. 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
3. 「4」及び「5」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
4. 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の 7

内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）の施設基準に係る

届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 （拡大副鼻腔手術）の症例数	
	年		例
	年		例
	年		例
3 脳神経外科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
4 眼科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも1名は5年以上）		
	年		
	年		
5 緊急手術が可能な体制	有	・	無

[記載上の注意]

- 「2」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2」の耳鼻咽喉科の常勤医師、「3」の脳神経外科の常勤医師及び「4」の眼

科の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

- ・耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・脳神経外科の常勤医師
  - ・眼科の常勤医師
  - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
  - ・5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤の医師
3. 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

人工内耳植込術  
植込型骨導補聴器移植術  
植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>		
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
		科
3 内耳又は中耳に対する手術の実施数		
		例
4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等 (3名以上)		
常勤医師の氏名	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)		
6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合		
連携医療機関の名称		
開設者名		
所在地		
耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名		
言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に15例以上、再度の届出の場合には実績期間内に30例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」及び「6」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「5」及び「6」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
  - ・1例以上の人工内耳植込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・言語聴覚療法に専従する職員
  - ・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			
例			

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の形成外科の医師
  - ・常勤の耳鼻咽喉科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
  - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



様式 56 の 2

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 乳がんセンチネルリンパ節加算 1（併用法） 2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）」のうち色素のみによるものを届け出る場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 3

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、  
 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）  
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（1名以上）			
常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
2 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「1」の歯科医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
 なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤歯科口腔外科の歯科医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
  - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
- 2 「1」から「2」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

様式 56 の 4

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術  
 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）  
 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

} の施設基準に係る届出書  
 添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「461-2」、「462-2」及び「464-2」の手術を術者として合わせて5例以上の経験を有する常勤の医師。		
常勤医師の氏名	経験年数	術者としての経験症例数
3 緊急手術が可能な体制		
（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。なお、術者としての経験症例数は、区分番号「461-2」、「462-2」及び「464-2」を合わせた症例数を記載すること。
- 2 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の 5

乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）  
及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））の施設基準に係る  
届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した乳腺悪性腫瘍手術症例数				件
2 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており乳頭乳輪温存乳房切除術を当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として10症例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名		
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 乳腺外科又は外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 6

肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
2 呼吸器内科の経験を5年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏名		経験年数	
3 放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏名		経験年数	

[記載上の注意]

- 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 呼吸器外科、呼吸器内科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 57

同種死体肺移植術  
同種心移植術  
同種心肺移植術  
同種死体肝移植術  
同種死体膵移植術  
同種死体膵腎移植術  
同種死体腎移植術

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと。

施設種別
・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (選定年月日： 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 施設種別欄において選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



内視鏡下筋層切開術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）					科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 常勤の医師					
常勤医師の氏名			診療科名		
4 消化器内科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師。 なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数		
			早期悪性腫瘍 粘膜下層 剥離術	当該手術 (術者として)	
			例	例 ( 例)	
			例	例 ( 例)	
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 緊急手術が可能な体制					( 有 ・ 無 )

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の  
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 届出区分 （該当するものそれぞれに ○を付すこと。）		1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの  2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	
3 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数			
			例
5 経皮的冠動脈形成術の実施症例数			
			例
6 当該診療科の医師の氏名等			
医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「5」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が15例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が100例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が30例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が200例以上が必要であること。また、開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「6」は、次の従事者について記載すること。
  - ・5年以上の循環器科の経験を有する医師
  - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経カテーテル大動脈弁置換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
3 緊急開心・胸部大動脈手術の実施症例数		
		例
4 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む。）の実施症例数		
大動脈に対するステントグラフト内挿術		例
5 冠動脈に関する血管内治療（P C I）の実施症例数		
		例
6 経食道心エコー検査の実施症例数		
		例
7 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が10例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が5例以上、再度の届出の場合に

は実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。

- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に冠動脈に関する血管内治療が 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 5 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 6 「7」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 7 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
・ 再度の届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
	科
3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	科
	科
	科
	科
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名	
5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等	
常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例
6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (1) 3 年間に於ける直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上) 例	
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 例	
(経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)	
7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無 )	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については当該手術症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「5」について、当該常勤医師の経歴 (心臓血管外科の経験年数がわかるもの) を添付すること。

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算  
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数			
例			
4 循環器科の常勤医師の 氏名等（2名以上）	医師の氏名	経験年数	不整脈について 5年以上の経験
		年	有 ・ 無
		年	有 ・ 無
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 常勤の臨床工学技士の氏名			
7 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）		
8 保守管理の計画	（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的中心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・新規届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
3 当該診療科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年
4 臨床工学技士の氏名 (1名以上)			
5 連携医療機関			
医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴 (経験年数を含む。)	
6 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数			
例			

「記載上の注意」

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は次の医師について記載すること。  
  - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 3 「5」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴 (経験年数を含む。)」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。  
また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。



- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術  
の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																							
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																					
<p>4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例 例</p>																					
<p>5 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数</p>		<p>例</p>																					
<p>6 当該診療科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">診療科名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">所定の研修修了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																					
<p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) <span style="float: right;">(承認番号)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																							

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「6」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 62

植込型除細動器移植術 及び  
植込型除細動器交換術  
  
経静脈電極拔去術

の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</p> <p>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</p>		
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>		
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数</p> <p>うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例</p> <p>例</p>
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数</p> <p>ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例</p> <p>例</p>
<p>5 当該診療科の医師の氏名等</p>		
<p style="text-align: center;">常勤医師の氏名</p>	<p style="text-align: center;">診療科名</p>	<p style="text-align: center;">所定の研修修了年月日</p>
<p>6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認番号)</p> <p>(1) 血液学的検査</p> <p>(2) 生化学的検査</p> <p>(3) 画像診断</p>		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を修了している常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																										
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																								
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例 例</p>																								
<p>5 当該診療科の常勤医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">診療科名</th> <th style="width: 34%;">所定の研修修了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																								
<p>6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <p>(1) 血液学的検査</p> <p>(2) 生化学的検査</p> <p>(3) 画像診断</p>																										

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																							
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 開心術 (冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。) の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>4 心臓血管外科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名等</th> <th style="width: 33%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">補助人工心臓の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例
常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) <span style="float: right;">(承認番号)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																							



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 64 の 2

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>		
2	心臓血管手術の実施症例数	例
3	18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数	例
4	過去5年間における11歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数	例
5 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
6 小児循環器科の医師の氏名等		
医師の氏名	小児循環器科の経験年数	
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
7 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ		
ウェブページの名前		
ウェブページのURL	http://	

[記載上の注意]

1. 「2」は実績期間内に100例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
2. 「3」は実績期間内に50例以上が必要であること。
3. 「4」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
4. 「5」及び「6」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師

- ・ 心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師
- ・ 小児循環器科の医師
- ・ 小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数並びに心臓血管外科の常勤医師については機械的循環補助所定の経験の有無が分かるもの）を添付すること。

5. 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。
6. 届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別  ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  <div style="text-align: right;">科</div>			
3 開心術の実施症例数 <span style="float: right;">例</span>			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 <span style="float: right;">例</span> うち過去3年間の経験症例数 <span style="float: right;">例</span> うち90日以上連続した補助を行った症例数 <span style="float: right;">例</span>			
5 関係学会より選定された年月日 <span style="float: right;">平成 年 月 日</span>			
6 心臓血管外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称） <span style="float: right;">（承認番号）</span>  <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断			
8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 <span style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</span> 補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無 <span style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</span>			
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無 <span style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</span>			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の 3 の 2

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出		有 ・ 無
2 細胞培養センターについて（該当するものに○を付すこと。）		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品医療機器法に基づく基準に則ったもの</li> <li>・ 再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの</li> </ul>		
3 循環器内科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	循環器内科の経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
4 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
5 心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称		
6 「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設基準への該当性		
該当 ・ 非該当		

[記載上の注意]

1. 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・ 循環器内科の常勤医師
  - ・ 循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
  - ・ 心臓血管外科の医師
  - ・ 心臓血管外科の医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
2. 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。
3. 届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

様式 65 の 4

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月)</li> <li>・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月)</li> </ul>			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
科			
3 血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数
	年	科	例
	年	科	例
	年	科	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (合計)			
例			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術)</li> <li>・ 大伏在静脈抜去術</li> <li>・ 下肢静脈瘤血管内焼灼術</li> <li>・ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術</li> </ul>			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「3」については当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該常勤医師の経歴(血管外科又は心臓血管外科の経験年数がわかるもの)を添付すること。

様式 65 の 5

- ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- ・腹腔鏡下小切開腎摘出術
- ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書  
添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術</li> <li>・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術</li> <li>・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術</li> <li>・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術</li> <li>・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術</li> <li>・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術</li> <li>・腹腔鏡下腎摘出術</li> <li>・腹腔鏡下小切開腎摘出術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹腔鏡下副腎摘出術</li> <li>・腹腔鏡下小切開副腎摘出術</li> <li>・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術</li> <li>・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術</li> <li>・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術</li> <li>・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術</li> <li>・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術</li> <li>・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術</li> </ul>
常勤医師の氏名	2 に示す手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）	
常勤医師の氏名	当該手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）	
例	



[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、「2」又は「3」のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。（「2」及び「3」のいずれにも該当する場合は、その旨記載すること。）
- 2 「2」から「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	例
	科	年	例
	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数			
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術			
例			
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	科		
	科		
	科		
	科		
6 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
8 常勤の管理栄養士の氏名			
9 緊急手術が可能な体制（有・無）			
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率			
（有・無）（割 分）			

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

- 3 「3」及び「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「3」及び「6」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 65 の 7

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数 件	
2 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等	
氏名	経験年数

[記載上の注意]

- 1 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 66

体外衝撃波胆石破砕術  
 体外衝撃波膵石破砕術  
 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等				
緊急時のための手術室		平方メートル				
緊急検査が可能な検査体制		( 有 ・ 無 )				
当該診療科の医師の氏名等						
常勤医師の氏名	胆石症に関する		膵石に関する		腎・尿管結石に関する	
	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
常時(午前0時より午後12時までの間)待機医師		日勤 その他 ( )		当直 名		名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器						
検査	一般的名称	承認番号	台数			
生化学的検査						
血液学的検査						
微生物学的検査						
画像診断						
内視鏡的治療が可能な体制		有 ・ 無				

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・体外衝撃波胆石破碎術を担当する医師
  - ・胆石治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
  - ・体外衝撃波・尿管結石破碎術を担当する医師
  - ・腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
  - ・体外衝撃波膀胱石破碎術を担当する医師
  - ・膀胱石治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。
- 5 「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膀胱石破碎術を届け出る場合に記載すること。

様式 66 の 2

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数		例
3 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数		例
4 腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	経験症例数 (少なくとも10例以上)	
5 消化器外科の常勤医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	
6 麻酔科標榜医の氏名		
7 病理部門の病理医氏名		
8 緊急手術が可能な体制	有	無
9 学会との連携体制	有	無

【記載上の注意】

- 1 「2」、「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「4」については、亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く。）、2区域切除及び3区域切除以上のものに係る届け出を行う場合のみ記載すること。
- 3 消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。





[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上(小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて5例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上(小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて10例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師  
また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の 2

腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した腓臓手術症例数		例
3 消化器外科の常勤医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数	(少なくとも1名は5年以上)
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制	有	無

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の 2 の 2

腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した膵臓に係る手術症例数 (「K698」、「K700」、「K700-2」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数)			例
2 1のうち、膵頭十二指腸切除術症例数			例
3 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数			例
4 当該保険医療機関において1年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数(腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数)			例
5 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上の経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数	
	例	例	例
	例	例	例
6 標榜診療科名(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
7 病理部門の病理医氏名			
8 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等(5名以上)			
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は15年以上)		

9 学会との連携体制	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「1」、「2」、「3」、「4」及び「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 67 の 3

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した粘膜下層剥離術症例数		例	
3 消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	氏 名	経験年数	
		年	
		年	
		年	
4 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の 2

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 (少なくとも2人は5年以上)	
		年
		年
		年
3 当該療養を担当する医師の常時待機		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 当該届出は病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の 3

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の  
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 科
3 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経 験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の 経験症例数
		年	例
		年	例
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「K773」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-4」又は「K773-5」を合わせて10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。  
なお、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また当該症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>			
<p>2 標榜診療科 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">科</p>			
<p>3 腎尿路系手術 (K757からK823-2まで) の実施数</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">例</p>			
<p>4 生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等 (2名以上)</p>			
常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 2

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 泌尿器科の経験を5年以上有するとともに膀胱水圧拡張術を術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏	名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名			
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

〔 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術  
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数 （区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）	例	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	
	年	
	年	
	年	
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 4

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 (少なくとも1人は5年以上)	
		年
		年
		年
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	年	例
	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）		
例		

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
 なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。  
 ・当該手術について5例以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
・ 再度の届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
2 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏名	経験年数
	年
	年
	年
4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等 (1名以上)	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関において1年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数 (10例以上)	
	例
6 病理部門の病理医氏名	
7 緊急手術が可能な体制	有・無



[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「5」については当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の  
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の 経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
5 麻酔科標榜医の氏名		
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「K843」、「K843-2」、「K843-3」、又は「K843-4」を合わせて20例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下仙骨腔固定術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数			例
3 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する医師			
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の術者としての 経験症例数	
4 常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制			（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月)</li> <li>・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月)</li> </ul>			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
			科
3 産婦人科又は婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
<p>なお、経験症例数については、以下の例による。</p> <p>(1) 開腹子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」) (20例以上)</p> <p>(2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (20例以上)</p> <p>(3) 当該療養 (術者として5例以上)</p>			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
4 当該手術を担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		診療科名 (当該手術を担当する科名)	
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名			
麻酔科標榜医の氏名			
病理医の氏名			
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」又は「K879-2」)の年間実施症例数			
			例
7 緊急手術が可能な体制 (有・無)			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については当該常勤医師の経歴(産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 3 「3」については当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 71 の 3

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る

届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜		有 ・ 無		
3 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師				
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数	
4 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		
5 緊急帝王切開に対応できる体制及び「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出		緊急帝王切開に対応できる体制	有 ・ 無	
		「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出	有 ・ 無	
6 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。		有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」については、医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。
- 2 「4」について、「無」の場合は「5」を記載すること。
- 3 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	診療科	経験年数	胎児胸水症例の経験	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無		
4 緊急帝王切開に対応できる体制		有 ・ 無		
新生児特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「2」の胎児胸水症例の経験は、手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。



輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等		
氏 名		
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況		
日勤 名、 当直 名		
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況		
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
		あり ・ なし
7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況		
年間開催回数	回 / 年	
取組内容		
8 輸血に係る副作用監視体制		
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない	
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない	
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況		
		遵守している ・ 遵守していない
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況		
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比	$(② - ③ / 2) / ① =$	
アルブミン/MAP比	$\frac{\quad}{\quad} (④ - ⑤) / ① =$	
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師及び看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「7」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 3 「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液 1 単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。
- 4 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。

自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名	
2 輸血部門における専任の常勤臨床検査技師の氏名等	
氏 名	
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
3 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	

[記載上の注意]

「2」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名	
2 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等	
氏 名	急性期患者の看護に従事した年数
	年
	年
	年

[記載上の注意]

- 1 「1」の人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）					科 科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 外科、心臓外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 (うち術者として)	
		年	年	例 (例)	
		年	年	例 (例)	
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）					
常勤医師の氏名			経験年数		
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 臨床検査技師の氏名					
7 緊急手術が可能な体制					（有・無）
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無					（有・無）
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無					（有・無）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数：\_\_\_\_\_床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。



麻酔管理料に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当するものにそれぞれ○を付すこと。）  (        )    麻酔管理料（Ⅰ）  (        )    麻酔管理料（Ⅱ）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
3 常勤の麻酔科標榜医			
氏 名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書		常勤となった日
	許 可 年 月 日	登 録 番 号	
	年 月 日		年 月 日

注1 麻酔管理料（Ⅰ）及び麻酔管理料（Ⅱ）の双方を届出する場合は、届出区分にそれぞれ○を付すこと。

注2 麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記載すること。

放射線治療専任加算  
 外来放射線治療加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目を○で囲むこと。

1 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
X線あるいはCTを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無 ( 有 ・ 無 ) ※ 外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

〔 高エネルギー放射線治療  
1回線量増加加算 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	症例数 例
2 小児入院医療管理料1の届出の有無	有 ・ 無
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数 年
4 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数 年

[記載上の注意]

- 1 症例数は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 症例数は、新規届出の場合には実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。
- 3 「3」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「4」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「1」及び「2」を、1回線量増加加算の届出を行う場合にあっては「1」から「4」までを記載すること。

様式 78

強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数	
例	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
・直線加速器（名称））	
・治療計画用CT装置（名称））	
・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称））	
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称））	
・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称））	
・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称））	
・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称））	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。
- 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

様式 78 の 2

画像誘導放射線及び画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る  
届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する常勤の者の職名及び氏名	
5 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名	
6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
① 2方向以上の透視が可能な装置	
② 画像照合可能な超音波診断装置	
③ 画像照合可能なCT装置	
④ 画像照合可能なMRI装置	
⑤ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑥ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

〔記載上の注意〕

- 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「5」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することとして、当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「6」には、画像誘導放射線治療加算の場合は①～③について記入して、画像誘導密封小線源治療加算の場合は③～⑥について記入する（③、④についてはいずれかで1つのみでも可とする）。

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	1 体外照射呼吸性移動対策加算 2 定位放射線治療・動体追尾法 3 定位放射線治療・その他のもの
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名 (動体追尾法にあつては2名以上)	経験年数
	年
	年
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	経験年数
	年
	年
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 当該療法を行うために必要な装置の一覧 (製品名等)	
照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置	
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「4」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用CT装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「4」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。



様式 79 の 1 の 2

粒子線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師（2名以上）			
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線 治療の経験年数	
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
3 常勤診療放射線技師の氏名			
4 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
氏 名		職 種	
5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数			
		重粒子線治療	例
		陽子線治療	例
6 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
・ 粒子線治療装置 （名称 ）			
・ 治療計画用CT装置 （名称 ）			
・ 粒子線治療計画システム （名称 ）			
・ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置 （名称 ）			
・ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム （名称 ）			

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの）を添付すること。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
  - ・ 放射線治療の経験を10年以上
  - ・ 重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上（※）
    - ※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 2 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 当該医療機関における粒子線治療に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。
- 4 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。

様式 79 の 1 の 3

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の  
施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療に専従の常勤医師（5年以上の経験を有する者が2名以上）	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
2 常勤診療放射線技師（3名以上で、かつ治療室1室につき2名以上）	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名	
4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名	
5 粒子線治療に係るがんセンターボードの有無	
	有 ・ 無
6 がん診療連携拠点病院とのがんセンターボードに係る連携の有無	
	有 ・ 無
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称 )</li> <li>・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称 )</li> <li>・ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称 )</li> </ul>	

[記載上の注意]

※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。

- 1 「1」から「4」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- 2 「1」及び「2」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 3 「5」の粒子線治療に係るカンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、カンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。  
※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。  
具体的には、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する3分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。
- 4 「6」については、がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類  
 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等	
① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師）	
検査技師の氏名	経験年数
② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合	
主たる衛生検査所名	
当該衛生検査所への年間委託件数	件

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。）	
病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）	
① 病院の場合	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合	
保険医療機関指定年月日 年 月 日	
4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等	
常勤の医師の氏名	経験年数

5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項  
(衛生検査所に作製を依頼している場合のみ記入)

① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数 \_\_\_\_\_ 件

② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数 \_\_\_\_\_ 件

③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)

(名称)	(作製数)	_____	件
(名称)	(作製数)	_____	件
(名称)	(作製数)	_____	件

④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 = \_\_\_\_\_ %  
(③のうち最大のもの/②) × 100 =  %

[記載上の注意]

- 1 標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本の送付側の届出にあつては、常勤の医師又は歯科医師の経歴 (病理診断の経験、勤務状況がわかるもの) を添付すること。

様式 80

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

テレパソロジーによる術中迅速細胞診

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当する届出区分に○をする）

（    ） テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

（    ） テレパソロジーによる術中迅速細胞診

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

2 当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

3 病理診断を専ら担当する常勤医師又は歯科医師の氏名

4 病院種別（該当するものに○をする）

- |             |       |   |   |   |
|-------------|-------|---|---|---|
| ・ 特定機能病院    | 承認年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ 臨床研修指定病院  | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地医療拠点病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地中核病院   | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地医療支援病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |

[記載上の注意]

- 「2」の常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」の常勤医師又は歯科医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製とテレパソロジーによる術中迅速細胞診の両方を届出の場合は、それぞれ別に作成すること。

（ 病理診断管理加算 1  
病理診断管理加算 2 ）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
		年	
2 年間の剖検数・検体数等			
① 剖検		件	
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）		件	
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）		件	
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会 合（CPC：Clinicopathological Conference）の開催実績			
①	開催年月日	年	月 日
②	開催年月日	年	月 日
③	開催年月日	年	月 日
④	開催年月日	年	月 日
⑤	開催年月日	年	月 日
⑥	開催年月日	年	月 日

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。



{

 口腔病理診断管理加算 1  
 口腔病理診断管理加算 2
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等	
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	経験年数
	年
	年
	年
2 年間の剖検数・検体数等	
① 剖検	件
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）の開催実績	
① 開催年月日	年 月 日
② 開催年月日	年 月 日
③ 開催年月日	年 月 日
④ 開催年月日	年 月 日
⑤ 開催年月日	年 月 日
⑥ 開催年月日	年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 口腔病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

--

3. 保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

<input type="checkbox"/> 昭 和	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 平 成		

4. 保険医療機関コード

--

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機器	機器名：	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏 名	経歴(経験年数を含む。)	
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名：		
	所在地：		
	保険医療機関名：		
	所在地：		
	保険医療機関名：		
	所在地：		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日	
	<input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日	
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:
	下顎運動検査機器	機器名:
	咀嚼筋電図検査機器	機器名:
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名	
	氏名	
	氏名	
	氏名	
人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士
	氏名	看護師
	氏名	
	氏名	
	氏名	
人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:	
	所在地:	
	保険医療機関名:	
	所在地:	

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	( )	調剤基本料 1	( )	調剤基本料 1 (特例除外)
	( )	調剤基本料 2		
	( )	調剤基本料 3		
	( )	調剤基本料 4	( )	調剤基本料 4 (特例除外)
	( )	調剤基本料 5		

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く) 指定日 (      年      月      日) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合) <input type="checkbox"/> 調剤基本料の区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 (      )	
2 所属するグループ名とグループ内の1月当たりの処方せん受付回数の合計	所属するグループ名 (      ) 1月当たりの処方せん受付回数の合計 (①) (      回)
3 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間:      年      月      ~      年      月      (      ヶ月間②)	
全処方せん受付回数 (③)	回
うち、主たる医療機関に係る処方せん受付回数 (④)	回
集中度 (④/③) (%) (⑤)	%
5 前年4月1日から9月末日までの妥結率(⑥)	%
6 特例除外の該当の有無	<input type="checkbox"/> あり (様式 84 の 2 の添付必要) <input type="checkbox"/> なし
(参考) かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり (100 分の 50 により算定) <input type="checkbox"/> なし
※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。なお、上記 6 の特例除外に該当する場合は、表の「特例除外」の欄の該当する区分に○をつける。 (1) ①が 40,000 回を超えている → (2) へ 該当しない → (3) へ (2) 次のいずれかに該当する → 表中 (Ⅲ) へ ア 3 の「ある」に「レ」が記入されている	

イ ⑤が95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

ア [②(月数)×4,000]が③を超えており、かつ、⑤が70%を越えている

イ [②(月数)×2,000]が③を超えており、かつ、⑤が90%を越えている

ウ [②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

	妥結率(⑥により判断)	
	50%超	50%以下
(Ⅰ)	調剤基本料1	調剤基本料4
(Ⅱ)	調剤基本料2	調剤基本料5
(Ⅲ)	調剤基本料3	特別調剤基本料 (本届出不要)
特例除外	調剤基本料1 (特例除外)	調剤基本料4 (特例除外)

[記載上の注意]

- 「1」については、新規指定(遡及指定が認められる場合を除く。)の場合は、指定日の属する月の翌月から3か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方せん受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値(小数点以下は四捨五入)を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。
  - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方せん
  - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん
  - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険薬局の常勤薬剤師数並びに当該保険薬局のかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準（以下「当該施設基準」という。）に適合している薬剤師数及びその割合			
勤務している保険薬剤師の数（①）			人
当該施設基準に適合していることが必要な保険薬剤師数（①×0.5）（②）			人
2 当該施設基準に適合している保険薬剤師数及び保険薬剤師の氏名等			
当該施設基準の届出年月	年 月	当該施設基準に適合している保険薬剤師数（②以上いること）	
人			
保険薬剤師の氏名	算定回数	保険薬剤師の氏名	算定回数
	回		回
	回		回
	回		回
	回		回
3 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く）			
期間： 年 月 ～ 年 月			
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の合計算定回数（③）			回
1月の常勤薬剤師一人あたりのかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数 [③ / (① × 3)] (100回以上であること)			回

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年2月16日医薬企第17号）の「1薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。
  - ・常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間（原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間）のすべてを勤務する者（32時間未満の場合は32時間以上）の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。
$$\frac{\text{非常勤薬剤師の勤務時間の合計}}{\text{保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間（32時間未満の場合は32時間）}}$$
- 3 「1」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が1の場合には1とする。
- 4 「2」の、保険薬剤師の氏名の記載欄が不足する場合は別添として報告すること。
- 5 「2」の、算定回数欄には当該保険薬剤師が「3」の期間に算定した、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の合計（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）を記載すること。
- 5 「3」については、届出前3月間の実績を記載すること。
- 6 届出に当たっては、様式84を併せて届け出ること。

妥結率に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

当該保険薬局において卸売販売業者から購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの) (①)	円
卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの) (②)	円
妥結率 (②/①) %	%

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 「①」及び「②」については、報告年度の当年4月1日から9月30日の薬価総額を報告年度の10月中に報告すること。報告しない場合は、妥結率の低い保険薬局とみなされることに留意すること。
- 3 同一グループ内の保険薬局の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。



基準調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況		
2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況		
3 開局時間		
4 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況		
5 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況		
6 備蓄品目数	品目	
7 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月		
・受付回数 (①)	回	
・主たる医療機関の処方せん受付回数 (②)	回	
・集中度 (②/①) (%)	%	
8 後発医薬品の調剤割合	%	
9 管理薬剤師		
・氏名		
・薬局勤務経験年数	年	
・週あたりの勤務時間	時間	
・在籍年数	年	
10 麻薬小売業者免許証の番号		
11 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局		
	①	②
・名称		
・所在地		
12 当該薬局における24時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)		
(1) 担当者が固定している場合		
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 (主な担当者を記載することで差し支えない。)		
・担当薬剤師名：		
・連絡先：		
13 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		

14 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）

期間： 年 月 ～ 年 月

在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況

算定回数： 回

在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）

算定回数： 回

居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）

算定回数： 回

15 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 3 「2」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 4 「3」については、自局の開局時間を記載すること。
- 5 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「8」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 9 「9」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 10 「13」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 11 「14」については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算した算定回数を記載すること。
- 12 「15」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写し及び様式90の「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

後発医薬品調剤体制加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	( ) 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値50%以上かつ新指標65%以上)
	( ) 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標75%以上)

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成28年3月4日保医発0304第13号）を参照すること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット <span style="float: right;">(番号に○をつけること)</span>				
形 式 ・ 規 格				
空気清浄度、集塵効率等				
台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。
- 3 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2 在宅業務実施体制に係る周知の状況
3 在宅業務に必要な体制の整備状況
4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
5 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間： 年 月 ～ 年 月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数：            回 （実施患者数：            ）  （在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数：            回 （実施患者数：            ） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数：            回 （実施患者数：            ））
6 麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法を記載すること。
- 3 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 4 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 5 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の  
施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の氏名	薬局勤務 経験年数	週あたりの 勤務時間	在籍期間	研修	地域 活動
1		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 3 「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間を記載すること。
- 4 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 5 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。ただし、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取扱う。
- 6 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。