

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。

- 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
1の8	心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器移行加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
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	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
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5	夜間休日救急搬送医学管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の4
6の6	外来リハビリテーション診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の5
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
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
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
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	がん治療連携管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(基本別添7)33
11の4	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
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2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15

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）
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
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
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特定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2	在宅かかりつけ歯科診療所加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18	造血器腫瘍遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
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
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2	植込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
22の3	時間内歩行試験	<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	人工臓腑	<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
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, 26の3, 4, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
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1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
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（乳がんに係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 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）
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
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	CT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
35の3	大腸C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓M R I 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
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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4、43の5
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3
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
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

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）
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	重度認知症患者ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
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3, 48の4, 48の5, 13の2, 4
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イソールの局所注入（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	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の5
57の54	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	<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
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5	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2, 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

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）
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3	経皮的冠動脈形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
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2	経皮的冠動脈ステント留置術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
63の3	経皮的大動脈弁置換術	<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
65の2	植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
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（レーザーシースを用いるもの）	<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
70	植込型補助人工心臓（拍動流型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 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
72の2	経皮的大動脈遮断術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
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6	ダメージコントロール手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
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
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	体外衝撃波膀胱石破碎術	<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
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

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）
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
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
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3, 48の4, 48の5, 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4	内視鏡手術用施設機器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の4, 52, 4
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
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"/>	74の2
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
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

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）
84の2	定位放射線治療呼吸移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
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	レパソゾール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	レパソゾール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	基準調剤加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84の2, 4
89	基準調剤加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84の2, 4
90	後発医薬品調剤体制加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	後発医薬品調剤体制加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	後発医薬品調剤体制加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
91	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4
92	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87

※様式16, 53, 68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		
			{ 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 「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 「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の修了していること、イは3年以上が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の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

$$= \frac{\text{②}}{\text{①}} \frac{\text{⑤}}{\quad} \%$$

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{③}}{\text{①}} \frac{\text{⑥}}{\quad} \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{④}}{\text{①}} \frac{\text{⑦}}{\quad} \%$$

[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 6

小児科外来診療料の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

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。

様式 7 の 4

夜間休日救急搬送医学管理料に係る届出書

区分
ア 地域医療支援病院
イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または 共同利用型病院
エ 都道府県知事の指定する精神科救急医療機関

(届出にあたっての留意点)

- 1 区分については、ア～エのいずれの区分に該当するか、○で囲うこと。
- 2 届出にあたっては、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であることが確認できる資料(様式自由)を添付すること。

様式 7 の 5

外来リハビリテーション診療料の施設基準に係る届出添付書類

医師が緊急時に対応できる連絡体制の有無	有 ・ 無
---------------------	-------

※ 該当する方に○をつけること

[記載上の注意]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出書の写しを添付すること。

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	<input type="checkbox"/>
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3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"/>

⑦-3	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	2次救急指定病院又は救急告示病院等であること	
	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について、平成 27 年 3 月 31 日までは適切な研修を修了したものとみなす。
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 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。

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"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: <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"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
<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"> ・名称: ・開設者: <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者:
<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 在宅療養実績加算に係る届出</p> <p style="text-align: center;">(有 ・ 無)</p>

【記載上の注意】

- 1 「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。
- 2 「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。
- 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特定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」は、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。

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 在宅療養実績加算に係る届出

(有 ・ 無)

[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特定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」は、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。

〔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

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. 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]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- 5 III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、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

様式 12

地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料
の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

(1) 地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料 の区分		(※17日以内であること。) (算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

大腿骨頸部骨折 連携先 () 件			脳卒中 連携先 () 件		
連携施設 の名称	連絡先	届出入院 基本料の区分	連携施設 の名称	連絡先	届出入院 基本料の区分

(2) (1) の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 () 件		脳卒中 連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

大腿骨頸部骨折			脳卒中		
会合の 名称	出先医療機関	開催頻度	会合の 名称	出先医療機関	開催頻度

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の4を参考にすること。
- 3 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日 _____
 患者氏名 _____ 殿
 病名（検査・手術名）： _____

月日	/	/	/	/		/	/	/		/
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						（転院基準）				（退院基準）
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置 検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

退院時の日常生活機能評価 合計点 _____ 点

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。
- ※5 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。

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

[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	日
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]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。

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												
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。

別紙13の5

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

認知症疾患医療センターについて(いずれかに○をつける)

① 基幹型	・	② 地域型	・	③ その他()
-------	---	-------	---	----------

[記載上の注意]

認知症疾患医療センターであることを示す書類を添付すること。

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。

{

 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・在宅患者歯科治療総合医療管理料
の施設基準に係る届出書

- 1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

- 3 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	

- 4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との
連絡調整を担当する者

氏名	職種等

- 5 緊急時の連絡・対応方法

6 緊急時の連携保険医療機関

① 名 称	
② 所 在 地	
③ 開 設 者 氏 名	
④ 担 当 医 師 名	
⑤ 調 整 担 当 者 名	
⑥ 連 絡 方 法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

7 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・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		
そ の 他		

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

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 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	
<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>	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	
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
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制:対応体制	__名で担当、交代制(有・無)
・ 担当者の氏名及び職種	・ 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制:対応体制	__名で担当、交代制(有・無)
・ 担当医の氏名	
5. 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	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 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	
7. 後方支援医療機関(歯科医療機関)	
(1) 医療機関の名称	
(2) 開設者名	(4) 担当医の氏名
(3) 所在地	(5) 連絡先

在宅療養支援歯科診療所に係る報告書

直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

1. 歯科訪問診療料

歯科訪問診療1	人	回
歯科訪問診療2	人	回
歯科訪問診療3	人	回

2. 歯科疾患在宅療養管理料

歯科疾患在宅療養管理料	人	回
口腔機能管理加算	人	回

[記載上の注意]

歯科訪問診療料及び歯科疾患在宅療養管理料の算定回数等を記載すること。

在宅時医学総合管理料
特定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

[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1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。

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

II. 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

III. 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

IV. 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。

入院希望の届出に関する様式の例

説明日 _____

説明者 _____

【緊急時の受入を希望する医療機関名】は、【患者氏名】さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【在宅医療を担当している医療機関名】からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【在宅医療を担当している医療機関名】と【患者氏名】さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____
 住所 _____
 連絡先 _____ (担当医氏名: _____)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 _____
 住所 _____
 連絡先 _____

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

1. _____ 2. _____

患者に関する情報

氏名 _____
 住所 _____
 連絡先 _____
 病状等 _____

※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 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なうこと。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なうこと。
 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	

在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類

直近3ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

1. 歯科訪問診療料の算定実績

歯科訪問診療1	①	人	回
歯科訪問診療2	②	人	回
歯科訪問診療3	③	人	回

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

{

 造血器腫瘍遺伝子検査
 検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)

}
 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 名	
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 実施している ・ 実施していない	
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 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「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 「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 「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 「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。
- 5 「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〕

- 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 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	

[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。

- ・ 心臓ペースメーカー指導管理料
（植込型移行期加算）
- ・ 植込型心電図検査
- ・ 植込型心電図記録計移植術
- ・ 植込型心電図記録計摘出術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に○をつけること。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関

（該当する区分の全てに○をつけること。）

【心臓ペースメーカー指導管理料（植込型移行期加算）に関する事項】

- 1 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
（レーザーシースを用いるもの）
- 2 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

【植込型心電図検査、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術
に関する事項】

- 1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
- 2 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
- 3 植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術
- 4 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

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。

人工臓器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。

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。

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 = $(2)-(3) / (1)-(3) \times 100\%$</p> <p style="text-align: right;">= %</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。

様式 26 の 2

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 第 25 の 2 の 1 に規定するもの（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 第 25 の 2 の 2 に規定するもの（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 第 25 の 2 の 3 に規定するもの（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) 当該保険医療機関における精神科電気痙攣療法の実施症例数（5 例以上） 例

(10) 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) × 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 当該保険医療機関の時間外、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 当該保険医療機関の時間外、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 当該保険医療機関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 当該保険医療機関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(10)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保険医療機関は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(10)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)及び(9)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(10)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。
- 7 「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、当該保険医療機関又は当該保険医療機関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、当該保険医療機関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。

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 の施設基準に係る届出添付書

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 ②／① × 100% = %	
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 その他（次の事項のうち該当するものに○をつけること）	
ア 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が30%未満	
イ 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が40%未満、かつ眼科診療を専ら担当する常勤医師が勤務している	

[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」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。

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	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）
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%		= <input type="text"/> %
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 がん診療連携拠点病院		
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」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。
- 「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」については、施設共同利用率が20%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"> ・ 64列以上のマルチスライスCT ・ 16列以上64列未満のマルチスライスCT ・ 4列以上16列未満のマルチスライスCT ・ MRI (3テスラ以上) ・ MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満) 	
<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	

[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。

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
 大腸CT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年以上有する常勤医師の氏名等		
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

[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撮影加算又は心臓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。

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					
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けばよい。
- 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。「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いなくてはならない。
- 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	

[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。

廃用症候群に係る実績報告書

都道府県名

保険医療機関名

保険医療機関番号

① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数		名
② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数		名
③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①)		%
④ 廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数		単位
⑤ 廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数		単位
⑥ 廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード)	1	
	2	
	3	

[記載上の注意]

- 1 「①」の期間については、平成25年7月1日から平成26年6月30日までとする。
- 2 廃用症候群に係る実績等を算出する際には、月ごとの評価に用いている「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」を参考にすること。
- 3 「⑥」の廃用をもたらすに至った要因は、新規算定患者についての「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」の項目2に記載された要因のうち、最も多い疾病コードの順から記載すること。

**脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の
維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る届出添付書類**

1. 次の区分のうち、指定を受けている介護保険サービスに○をつけ、指定年月日、指定番号を記入のこと。

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	

2. 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. 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（みなし指定）による指定も含む。
2. 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も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 （再掲）		名	
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 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 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
						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
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
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使用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、鼻腔栄養又は胃瘻を使用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 人
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	①に該当する患者であって、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なった患者	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だった患者	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だった患者	人
		B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ 人
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	人
(⑨ - B) / (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)		
※ 3の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者及び顔面外傷により嚥下が困難な患者を除く。		

[記載上の注意]

- 「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。
- 経口摂取回復促進加算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」及び「5」は「3」の年間症例数が50例以上の場合に記載すること。

4 「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、胃瘻抜去術また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。

5 「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。

6 「5」は、経口摂取回復促進加算の届出の際は記載する必要はないこと。

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。

〔 認知療法・認知行動療法1
認知療法・認知行動療法2 〕 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

[記載上の注意]

- 1 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 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。

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 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	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。

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。

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

<p>1 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。)</p>			
<p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし</p> <p><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)</p> <p>・名称 :</p> <p>・開設者 :</p> <p>※24 時間対応体制加算の届出をおこなっている訪問看護ステーションであること</p>			
<p>2 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。)</p>			
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			
<p>3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制</p> <p>・担当者名 :</p>			
<p>4 24 時間往診が可能な体制</p> <p>・当該保険医医療機関の担当医師名 :</p>			
<p>5 24 時間精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導が可能な体制 (次のいずれかの□にVをつけたうえでを記入すること。)</p>			
<p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし</p> <p>・当該保険医療機関の担当者名 :</p> <p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションあり</p>			

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. 「1」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、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。
2. 「2」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。
3. 「3」から「5」については、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、主な担当者を記載することで差し支えない。
4. 「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。

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			
2 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)			
3 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
4 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)			
5 予定手術前日において医師が当直等を実施した日数 (日)			

(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 「1」について、(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、(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、様式 48 の 5 により、それぞれ詳細な実施状況を提出すること。((3) の場合は、実施している診療科分をまとめて提出することができる。)
- 2 「2」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。
- 3 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 「3」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 「4」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 「5」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。

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。

様式 48 の 5

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状況

1 実施診療科				
2 手当の内容（欄を追加することが必要な場合は、適宜追加すること）				
(1) 手術	時間帯	術者	第一助手	その他の者
	時間外			
	休日			
	深夜			
(2) 処置	時間帯		実施者	その他の者
	時間外			
	休日			
	深夜			

[記載上の注意]

- 1 就業規則に記載がある場合は、写しを添付することをもって記載にかえることができる。
- 2 「2」について、診療科によらず共通の場合は、「1」に実施している全ての診療科名を記載し、まとめて提出することができる。
- 2 「2」の(2)については、少なくとも1,000点以上の処置に関するものについて記載すること。

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
(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 7.5 MHz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 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。

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出書添付書類

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関
(該当する区分に○をつけること。)

- 1 新生児特定集中治療室管理料

- 2 総合周産期特定集中治療室管理料

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

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(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	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]

- 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。
- 「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。

歯科技工加算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。

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"> ・ 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 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 「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」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 「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。
- 5 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]

- 「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
- 「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]

- 「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
- 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「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。
- 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、病院である保健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。

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) 																	
<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 内耳又は中耳に対する手術の実施数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																	
<p>4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等 (3名以上)</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%;">耳鼻咽喉科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">人工内耳植込術の経験症例数</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> </tbody> </table>			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
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															
<p>5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>																	
<p>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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">連携医療機関の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>開設者名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名</td> <td></td> </tr> </table> <p>言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>			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								
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																	

[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。

生体部分肺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> <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 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">科</p>		
<p>3 肺切除術の実施数</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">例</p>		
<p>4 生体部分肺移植術を担当する診療科の医師の氏名等 (5名以上)</p>		
<p>常勤医師の氏名</p>	<p>診療科名</p>	<p>臓器移植の経験症 例数</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。

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

<p>1 届出種別</p> <p>・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）</p>			
<p>2 届出区分 （該当するものそれぞれに ○を付すこと）</p>	<p>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</p> <p>2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの</p>		
<p>3 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>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 style="text-align: right;">例</p>			
<p>5 経皮的冠動脈形成術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>			
<p>6 当該診療科の医師の氏名等</p>			
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。

経皮的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」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。
- 「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」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「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]

- 1 「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。
- 2 「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。
- 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 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 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60

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、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25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50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。

植込型除細動器移植術 及び
植込型除細動器交換術

経静脈電極抜去術
(レーザーシースを用いるもの)

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> <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: 33%;">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</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"> ・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) 																										
<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"> ・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) 																							
<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) (承認番号)</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 「2」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。

植込型補助人工心臓（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 例			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 例 うち過去3年間の経験症例数 例 うち90日以上連続した補助を行った症例数 例			
5 移植関係学会合同委員会に選定された年月日 平成 年 月 日			
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） （承認番号） <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 （ 有 ・ 無 ） 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 （ 有 ・ 無 ）			
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも装着可能な体制の有無 （ 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」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 移植関係学会合同委員会により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。
- 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。

〔 経皮的動脈遮断術
ダメージコントロール手術 〕

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。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関
(該当する区分に○をつけること。)

- 1 救命救急入院料

- 2 特定集中治療室管理料

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 例			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 例 うち過去3年間の経験症例数 例 うち90日以上連続した補助を行った症例数 例			
5 関係学会より選定された年月日 平成 年 月 日			
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） （承認番号） <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 （ 有 ・ 無 ） 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 （ 有 ・ 無 ）			
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 （ 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 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"> ・ 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 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"> ・ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術) ・ 大伏在静脈抜去術 ・ 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ・ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 			

[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"> ・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 ・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 ・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 ・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 ・腹腔鏡下腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開腎摘出術 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・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 ・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
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 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 ()		名 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又は腹腔鏡下肝切除術症例数		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。

生体部分肝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> <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 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right;">科</p>		
<p>3 肝切除術の実施症例数 (ただし、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の合計実施症例数)</p> <p style="text-align: right;">例</p>		
<p>4 生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等 (5名以上)</p>		
常勤医師の氏名	診療科名	臓器移植の経験症例数

[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

腹腔鏡下膵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年間に実施した膵臓手術症例数		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 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。

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"> ・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) 			
<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	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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20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 (2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 「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。
- 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。
 - ・ 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20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
- 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。

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"> ・ 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 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。

様式72

医科点数表第2章第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）及び6に掲げる手術の施設基準に係る届出書添付書類

1. 次の事項を満たしている場合には、○を付けること。

ア	手術（医科点数表第2章第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術を含む当該保険医療機関において実施する全ての手術）を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書（書式様式は任意）で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。
ウ	胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術を行う際は、速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えている。
エ	関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施している。
オ	胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されている。

2. 院内掲示をする手術件数

・区分1に分類される手術

手術の件数

ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

・区分2に分類される手術

手術の件数

ア	靭帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮付属器悪性腫瘍手術等	

・区分3に分類される手術

手術の件数

ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

・ 区分4に分類される手術の件数	
・ その他の区分に分類される手術	手術の件数
人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないものを 含む。)及び体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術	
急性心筋梗塞に対するもの	
不安定狭心症に対するもの	
その他のもの	
経皮的冠動脈粥腫切除術	
経皮的冠動脈ステント留置術	
急性心筋梗塞に対するもの	
不安定狭心症に対するもの	
その他のもの	

経皮的冠動脈ステント留置術

- 備考
1. 院内掲示する文書の写しを添付すること。
 2. 同種腎移植術等(移植用腎採取術(生体)及び同種腎移植術をいう。)の実施について、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、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
 3. 区分1から区分3に分類される手術であって胸腔鏡若しくは腹腔鏡を用いる手術又は区分4に分類される手術を実施しない場合にあっては、「1」の「ウ」～「オ」は記載する必要はないこと。
 4. 「経皮的冠動脈形成術」及び「経皮的冠動脈ステント留置術」を新規に届け出る場合は、関連学会の実施する調査に提出する手術件数に準じてそれぞれ記載すること。

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	①	単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量	②	単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量	③	単位
④アルブミン製剤の使用量	④	単位
FFP/MAP比	$(② - ③ / 2) / ① =$	
アルブミン/MAP比	$④ / ① =$	
11 自己血輸血に関する常勤責任医師の氏名		

[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 200 mL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 120 mL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。

様式 73 の 4

内視鏡手術用支援機器加算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"> ・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 科
3 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 (2名以上)	医師の氏名	経験年数
		年
		年
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]

- 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」(区分番号「K939」を併せて算定する場合を含む。)、区分番号「K843-2」又は区分番号「K843-3」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 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。
- 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(経験年数を含む。)

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	・ ・ ・

様式 74 の 2

手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類

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(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

4 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
----	---	---	---

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。

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	
<ul style="list-style-type: none"> ・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）	
2方向以上の透視が可能な装置	
画像照合可能なCT装置	
画像照合可能な超音波診断装置	

[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。

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 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 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）の氏名等	
常勤検査技師の氏名	経験年数（5年以上）

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）	
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

[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。

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する場合は、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」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」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」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。
- 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。

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(経歴年数を含む。)	
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

障害者自立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		
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	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	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	看護師
		_____	_____
		_____	_____
	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:		

様式 8 4

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

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 (特例除外を含む。)
	()	調剤基本料の特例の特例 調剤基本料の特例のイ (処方せん受付回数月 4, 000 回超かつ集中度 70% 超) 調剤基本料の特例のロ (処方せん受付回数月 2, 500 回超かつ集中度 90% 超 であって、イに該当する場合を除く。) 調剤基本料の特例 (イ又はロ) の妥結率特例

1 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	
全受付回数 (①)	
うち、主たる医療機関に係る受付回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	
2 24 時間開局に係る体制整備状況	
(参考) 妥結率	%

[記載上の注意]

- 1 「届出に係る調剤基本料の区分」について、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 1 ただし書に該当する場合は上の欄に○を付すこと。
- 2 「1」については、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取扱いに基づき記載すること。
- 3 「2」については、24 時間開局における薬剤師の当直体制の概要を記載すること。
- 4 「(参考)」については、直近の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)の別紙様式 1 の妥結率に係る報告書として提出した割合と同様の値を記載すること。また、提出していない場合は、記載しないこと。

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る基準調剤加算の区分 (いずれかに○を付す)	() 基準調剤加算 1 () 基準調剤加算 2
-------------------------------	------------------------------

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 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況

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 () (加算 1 の場合は700以上、加算 2 の場合は1000以上)

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)	
主たる医療機関の回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	

8 麻薬小売業者免許証の番号

9 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局

名称	所在地	名称	所在地
①		⑤	
②		⑥	
③		⑦	
④		⑧	

10 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つかえない。)
- ・担当薬剤師名：
- ・連絡先：

11 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況

12 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

実施回数： 回（実施患者数： ）

在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）

実施回数： 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）

実施回数： 回（実施患者数： ）

[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、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、FAX、Eメール等）の一覧を添付すること。
- 4 「3」については、自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。
- 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 「9」については、基準調剤加算1の場合のみ記載すること。
- 9 「11」については、基準調剤加算2の場合のみ記載すること。医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 10 「12」については、基準調剤加算2の場合のみ記載すること。実施回数については、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（在宅患者訪問薬剤管理指導料、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算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。）を合算して計10回以上であること。
- 11 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)	<input type="checkbox"/> 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55%以上)
	<input type="checkbox"/> 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65%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。

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 (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				
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： ） <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> 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： ） </div>
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。