

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	
------------------------	--

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」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
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	院内トリアージ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の2	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
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
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4
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の2, 12の4
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の3, 12の4
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4
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3, 13の4
11の3	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4	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	医薬品安全性情報等管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
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
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	在宅末期医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20

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）
16の2	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
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
18	血液細胞核酸増幅同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
18の2	HPV核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
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	埋込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
22の3	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 4
23	人工臓臓	<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	光トポグラフィー及び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
26	神経磁気診断	<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
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
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	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）	<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又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	<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CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の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

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）
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43の2	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
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	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
48	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
55	重度認知症患者デイケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
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	透析液水質加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
57の3	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の5	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の6	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3, 52, 4
58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
59の2	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	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
61	人工内耳埋込術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の3	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
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミーターによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
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	埋込型心電図記録計移植術及び埋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	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
67の2	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋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	埋込型補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 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	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
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
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	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 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, 68, 4
77の3	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の4	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の5	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6	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, 68, 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
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の2	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の3	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
81	麻酔管理料（Ⅰ）、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

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）
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	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の3	画像誘導放射線治療（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84	直線加速器による定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	テレラジオ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3	テレラジオによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
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	基準調剤加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
88	基準調剤加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
89	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	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

※様式16は欠番



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。

[ ] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	

[記載上の注意]

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

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式 5 の 2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。ただし、当該医師が研修を修了していない場合にあつては、「研修の有無」欄の「無」に○をつけた上で届出を行うことができるものとする。この場合、平成 23 年 3 月 31 日までの間に研修を修了したことが確認できる文書を添付して届出をし直すこと。

様式5の3

がん患者カウンセリング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 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。

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  
 院内トリアージ加算
 
 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 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。)

4 院内トリアージ加算

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 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。
- 3 「4 院内トリアージ加算」の専任の看護師については、小児看護や救急医療に 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。
- 4 院内トリアージ加算の届出を行う場合は、トリアージの実施基準を添付すること。

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。



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。

様式 8 の 2

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

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

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに 12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5 回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ①  %

[記載上の注意点]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療の終了時点で、4 週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

## 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 届出を行う理由

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

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

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

### 3 開放病床利用率(届出前30日間)

$$\left( \quad \quad \quad \% \right) = \left( \quad \quad \quad \text{名} \right) \div \left[ \left( \quad \quad \quad \text{床} \right) \times 30 \text{日間} \right]$$

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

### 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一二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

<p>1 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。）</p> <p>(1) 担当者が固定している場合</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当医師名：</li> <li>・看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
<p>2 24時間往診が可能な体制（次のいずれかに○をつけ、(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当医師名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・担当医師名：</li> </ul>
<p>3 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> <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul> <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
<p>4 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。）</p> <p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul> <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul>
<p>5 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「2」及び「3」により、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。</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>

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1	許可病床数_____床
2	<p>当該病院における24時間の直接連絡を受ける体制</p> <p>(1) 担当部門の連絡先</p> <p>(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つかえない。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当医師名：</li> <li>・看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
3	<p>24時間往診が可能な体制</p> <p>当該病院の担当医師名：</p>
4	<p>24時間訪問看護が可能な体制（(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名</p> <p>(2) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
5	<p>次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「3」により、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。</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>

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院
 
 に係る報告書

※該当する届出施設を○で囲むこと。

1 直近1年間に在宅療養を担当した患者について  ・平均診療期間 (            ) カ月				
合計患者数	うち死亡患者数            名 (再掲：在宅看取り数            名)			
	内                            訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3カ月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	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「1」の「うち死亡患者数」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、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 4 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 5 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

地域連携診療計画管理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	出席医療機関	開催頻度	会合の名称	出席医療機関	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 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 4 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。



地域連携診療計画退院時指導料( I )の施設基準に係る届出書添付書類

1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

2. 連携する医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

(2) 退院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

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

3. 脳卒中についての届け出

1 届け出あり 2 届け出なし
--------------------

[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は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 3 脳卒中について届け出の場合は、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。

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)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

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

2. 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

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

[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は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式 12 の 4

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。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

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

[記載上の注意]

「3」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。

がん治療連携計画策定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	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の4を参考にすること。
- 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

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. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において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は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

〇〇〇治療に関する連携計画書

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

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月	...	術後1年	...	術後3年	...				
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日	...	×月×日	...						
医療機関		A	B	B	B	A	B	...				
達成目標												
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)											
	...											
説明・指 導	画像診断項目											
	...											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

1 認知症疾患医療センターの指定	有 ・ 無
2 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を担当する医師の氏名	
3 専任の臨床心理技術者の氏名	
4 医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の氏名	
氏名	職種
5 検査体制	
コンピュータ断層撮影装置（CT）	有 ・ 無
磁気共鳴画像装置（MRI）	有 ・ 無
脳血流シンチグラフィ（SPECT）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 認知症疾患医療センターについては、「1」の記載のみで足りること。
- 2 「2」については医師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文書を添付すること。
- 3 「3」の専任の臨床心理技術者の当該保険医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「4」の医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の当該医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「5」の検査体制について、MRI又はSPECTを有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確認できる文書を添付すること。



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。

様式14の2

医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握する方法

- 2 収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

- 3 医薬品情報管理室の薬剤師と薬学的管理指導を行う薬剤師の情報共有の方法

- 4 医薬品情報管理室で管理している情報を容易に入手する方法

- 5 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「1」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載すること。
- 2 「2」については、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 3 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 4 「4」については、データベースの概要等、情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 5 「5」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 6 上記「1」から「5」に係る業務手順書を添付すること。

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

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名、連絡先</li> <li>・ 資格、主な業務内容</li> </ul>	
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

1 直近 1 年間に在宅歯科療養を担当した患者について

- ・ 合計患者数 \_\_\_\_\_ 名
- ・ 平均診療期間 ( \_\_\_\_\_ )ヶ月

2 直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

歯科訪問診療の回数 の合計	歯科訪問診療1	歯科訪問診療 2
回	回	回
歯科疾患在宅療養管理料 の算定状況	人	回
口腔機能管理加算 の算定状況	人	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅歯科療養を担当した患者数は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅歯科診療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「2」は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を行う保険医として担当している患者に対して実施した歯科訪問診療の回数、歯科訪問診療1の算定回数及び歯科訪問診療2の算定回数を記載すること。なお、平成22年6月30日までの間は、歯科疾患在宅療養管理料の算定状況に、平成21年3月31日以前の後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定状況を含む。



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。

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

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

- (1) 当該医療機関のみで確保
- (2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保
  - ・ 名称：
  - ・ 開設者：
- (3) 連携保険医療機関のみで確保
  - ・ 名称：
  - ・ 開設者：

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

- (1) 担当者が固定している場合
- (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）
  - ・ 担当医師名：
  - ・ 看護職員名：
  - ・ 臨床工学技士名：
  - ・ 連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行な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	

血液細胞核酸増幅同定検査  
 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 <span style="float: right;">名</span>	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 <span style="float: right;">実施している ・ 実施していない</span>	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 <span style="float: right;">有 ・ 無</span>	

[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 核酸同定検査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
		年

[記載上の注意]

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



遺伝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。

様式24

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

[記載上の注意]

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

埋込型心電図検査  
埋込型心電図記録計移植術  
埋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。)

- 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 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術
- 4 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋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	
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	当直
	その他( )		名
5年以上の経験を有する専門の医師	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			
検査技師及び放射線技師等の勤務体制			
	人	数	勤務形態
検査技師		名	
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]

- 「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。
  - 人工臓器を担当する医師
  - 糖尿病の治療に関し、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
  - 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも15年以上の経験を有する指導医
- 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。
- 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

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

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 「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 「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。
- 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。

〔 光トポグラフィー  
中枢神経時期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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間</li> <li>・再度の届出（実績期間</li> <li>・機器増設による届出（実績期間</li> </ul>	年	月～	年	月)
			年	月～	年	月)
			年	月～	年	月)
2	届出年月日	平成	年	月	日	
3	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%					
						= <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %

[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。



神経磁気診断の施設基準に係る届出書添付書類

3年以上の神経磁気診断の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	神経磁気診断の経験年数
	年

[記載上の注意]

3年以上の神経磁気診断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。

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。

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」のみを届出する場合、「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診断を翌診療日までにを行った件数	
核医学診断	③  件	
コンピューター断層診断	④  件	
<p>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%</p> <p style="text-align: right;">= <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %</p>		



[記載上の注意]

- 1 「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 「2」に専門医の氏名を記入する場合には、氏名の下に「（専門医）」と記入すること。また、団体による認定証等の写しを添付すること。
- 3 「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。
- 4 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。

様式33

画像診断管理加算（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 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
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）
常勤歯科医師の氏名
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

[記載上の注意]

「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。

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）

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	<p>画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。）</p> <p>画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（      年      月      日）</p>																									
3	<p>病院の種類（該当するものに○をつけること。）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">・ 特定機能病院</td> <td style="width: 15%;">承認年月日</td> <td style="width: 5%;">年</td> <td style="width: 5%;">月</td> <td style="width: 5%;">日</td> </tr> <tr> <td>・ 臨床研修指定病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地医療拠点病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地中核病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地医療支援病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	・ 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
・ 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）

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 地域歯科支援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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○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放射線技師	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 style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %			
4 施設共同利用率の計算除外対象保険医療機関 (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 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること
- 3 「3」については、施設共同利用率が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

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)

- ・ 16列以上のマルチスライスCT
- ・ 16列未満のマルチスライスCT
- ・ MRI (1.5テスラ以上)

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。)

(機種名)

(型番)

(メーカー名)

(テスラ数等)

[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。

冠動脈CT撮影加算  
外傷全身CT加算  
心臓MRI撮影加算

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 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)	
・MRI (1.5テスラ以上)	
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)	
3 救命救急入院料の届出について	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 「3」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

※該当する項目事項を○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。

様式41

〔 心大血管疾患リハビリテーション(I) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類  
 〔 心大血管疾患リハビリテーション(II) 〕

※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							

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。
- 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。

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							

[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。

## 廃用症候群に係る実績報告書

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り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り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	1
	2
	3

**[記載上の注意]**

- 1 「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。ただし、新規に脳血管疾患等リハビリテーションの届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。
- 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「廃用症候群の評価表」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廃用症候群の評価表1の項目に記載された要因を最も多い順から記載すること。



〔 難病患者リハビリテーション  
障害児（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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

従 事 者	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	
	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							
訓練マットとその付属品      姿勢矯正用鏡      車椅子      各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計）      その他（      ）								
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設</li> <li>・ 児童福祉法第43条の4に規定する重度心身障害児施設</li> <li>・ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関</li> <li>・ 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</li> </ul>								

[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教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））	B	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機械・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  
がん患者のリハビリテーションについて研修を終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。

集団コミュニケーション療法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機械・器具の一覧							

[記載上の注意]

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

### リハビリテーション従事者の名簿

No	氏名	職種	常勤 非常勤	専従・専任							経験
				回復期リ ハビリ テーショ ン病棟	心大血管	脳血管疾 患、運動 器又は障 害児(者)	呼吸器	難病患者	集団コミュニ ケーション	がん患者	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤								

【記載上の注意】

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

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。） <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院</li> <li>・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</li> </ul>							

[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。



重度認知症デイ・ケア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 重度認知症デイ・ケア科の従事者の氏名、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。



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

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

[記載上の注意]

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

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

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

[記載上の注意]

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

様式 49 の 3

透析液水質確保加算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 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		

[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。

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 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	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

様式 50 の 2

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  
及、配置図等）を添付



様式 50 の 3

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 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 51

内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術  
（後方切除術に限る。）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 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、術者として内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）を合わせて 30 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	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数（合わせて20例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「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、術者として内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）を合わせて30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」から「5」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

[ 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

様式 53

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下  
 脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）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、術者として内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）を合わせて 20 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	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数（合わせて 20 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「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、術者として内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）を合わせて20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」から「5」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54

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

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 (3名以上)		
4 麻酔科標榜医の氏名		

[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 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。



人工内耳埋込術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>		
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p>		
<p>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>		
<p>常勤医師の氏名</p>	<p>耳鼻咽喉科の経験年数</p>	<p>人工内耳埋込術の経験症例数</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
<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 人工内耳埋込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>		
<p>連携医療機関の名称</p>		
<p>開設者名</p>		
<p>所在地</p>		
<p>耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名</p>		
<p>言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>		

[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 「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例以上の人工内耳埋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。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）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及び耳鼻咽喉科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	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）」のみを届出する場合、「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。





[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 「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（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）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数			例
4 経皮的冠動脈形成術の実施症例数			例
5 当該診療科の医師の氏名等			
医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知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」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 「5」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。

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、 経皮的冠動脈血栓除去術又は 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、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的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2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は次の医師について記載すること。
  - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 3 「5」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴(経験年数を含む。)」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓除去又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>
2	標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	科
3	心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの	例 例
4	開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数	例 例
5	体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数	例
6	当該診療科の医師の氏名等	
	常勤医師の氏名	診療科名
		所定の研修終了年月日
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)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>	

[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 「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
  - ・所定の研修を終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終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式62

埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																										
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																								
<p>4 開心術又は冠動脈、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%; text-align: center;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">診療科名</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">所定の研修終了年月日</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	所定の研修終了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																								
<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
  - ・所定の研修を終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終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埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																										
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																								
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例 例</p>																								
<p>5 当該診療科の常勤医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">診療科名</th> <th style="width: 33%;">所定の研修終了年月日</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	所定の研修終了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																								
<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
  - ・所定の研修を終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、循環器科及び心臓血管外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。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

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

[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 「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。

埋込型補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																															
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																															
<p>3 開心術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																															
<p>4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち過去3年間の経験症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち90日以上連続した補助を行った症例数</p> <p style="text-align: right;">例 例 例</p>																															
<p>5 移植関係学会合同委員会に選定された年月日</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>																															
<p>6 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: 20%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 25%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 25%;">補助人工心臓の実施症例数</th> <th style="width: 30%;">所定の研修終了年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				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	所定の研修終了年月		年	例			年	例			年	例			年	例			年	例			年	例	
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	所定の研修終了年月																												
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
<p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液学的検査</li> <li>・生化学的検査</li> <li>・画像診断</li> </ul>																															
<p>8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 (有・無)</p> <p>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)</p>																															
<p>9 体外設置型補助人工心臓駆動装置の有無 (有・無)</p> <p>緊急時の装着の施行 (可能・不可能)</p>																															

[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 「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 「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。
- 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

様式66

{

 体外衝撃波胆石破碎術  
 体外衝撃波・尿管結石破碎術
 
}
 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		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
	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 名 当直 名 その他 ( ) 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				

[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。



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 専ら消化器外科に従事しているとともに腹腔鏡下肝切除術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏 名	経験年数	経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 消化器外科の常勤医師の氏名 (3名以上)			
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」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 消化器外科の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 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知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 68

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・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術  
 腹腔鏡下小切開腎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 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について合わせて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）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に、術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下小切開泌尿器手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下小切開泌尿器手術の実施症例数（10例以上）	
例	

注： 腹腔鏡下小切開泌尿器手術とは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・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術・腹腔鏡下小切開腎前立腺悪性腫瘍手術のことをいう。

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」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。
  - ・ 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術についてあわせて20例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師
  - ・ 腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
- 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。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知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 泌尿器科の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 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。



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 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 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を術者として合わせて 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	腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術の症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の実施症例数（10 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「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。
- 2 泌尿器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。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。
  - ・ 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を術者として合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
  - ・ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
- 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72

医科点数表第2表第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表第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。

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	子宮附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	
・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、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 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。

輸血管理料 I 及び II 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(専任)常勤医師の氏名	
2 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
3 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
4 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
5 輸血用血液検査を常時実施できる体制	
	あり ・ なし
6 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	
7 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
8 「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
9 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 =

[記載上の注意]

- 「3」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。
- 「6」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。
- 「9」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。

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 常勤の歯科医師

氏 名	経歴(経歴年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

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 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	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
----	---	---	---

麻酔管理料に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当するものにそれぞれ○を付すこと。）  （        ） 麻酔管理料（Ⅰ）  （        ） 麻酔管理料（Ⅱ）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
3 常勤の麻酔科標榜医			
氏名	麻酔科標榜許可書		常勤となった日
	許可年月日	登録番号	
	年 月 日		年 月 日

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



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の施設基準に係る届出書添付書類

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

[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。

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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
3 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つけている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・直線加速器（名称））</li> <li>・治療計画用CT装置（名称））</li> <li>・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））</li> <li>・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））</li> <li>・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称））</li> <li>・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））</li> <li>・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））</li> </ul>	

[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。

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。

直線加速器による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 「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。
- 3 「3」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。

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。

クラウン・ブリッジ維持管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏名	役職

2. 具体的な維持管理方法

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

昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月  
 平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

4. 保険医療機関コード



歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機器	機器名：	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏 名	経歴(経歴年数を含む。)	
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 (設置している機器を○で囲むこと)	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:		

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

基準調剤加算の種類	( ) 基準調剤加算 1 ( ) 基準調剤加算 2 (いずれかに○を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	開局時間以外の時間における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 ( ) (1の場合は500以上、2の場合は700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： 割合(②/①)：
8	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、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「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。
- 3 「3」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。
- 4 「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。
- 5 「5」については、地方社会保険事務局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 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 「7」及び「8」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

後発医薬品調剤体制加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	( )	後発医薬品調剤体制加算 1 (20%以上)
	( )	後発医薬品調剤体制加算 2 (25%以上)
	( )	後発医薬品調剤体制加算 3 (30%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)				
後発医薬品の規格単位数量 (②)				
割合 (②/① % )				

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 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について」（平成22年3月5日保医発0305第14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
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、専従・非専従の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理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。