

患者氏名 _____ 殿

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

地域医療連携体制加算情報提供文書

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

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

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

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

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

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

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

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

様式22

{
}
 造血器腫瘍遺伝子検査
 検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)
 の施設基準に係る届出書添付書類
 ※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の経歴(臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの)を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
- 2 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料(従事者の勤務状況など具体的にわかるもの)を添付すること。
- 3 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 4 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料(実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの)を添付すること。
- 5 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

様式 22 の 2

HPV 核酸検出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]

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

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項	
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数
	年
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）	
件	

[記載上の注意]

- 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。

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。

<p>1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p>	科
<p>2 担当医師の状況</p> <p>(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 40px;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p> <p>(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p> <p>(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p>	
<p>3 連携保険医療機関</p> <p>(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名</p> <p>(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</p> <p style="margin-left: 40px;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p>	

[記載上の注意]

- 1 「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。
- 2 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。

植込型心電図検査
植込型心電図記録計移植術
植込型心電図記録計摘出術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に○をつけること。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関

(該当する区分の全てに○をつけること。)

- 1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
- 2 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
- 3 植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術
- 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

様式 24 の 3

心臓超音波検査胎児心エコー法の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

人工臓臓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。
 - 人工臓臓を担当する医師
 - 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。