

様式 24 の 6

時間内歩行試験の施設基準に係る届出書添付書類

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

医師の氏名及び所属部署	経験年数等

- 2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

(一般的名称)	(承認番号)
<ul style="list-style-type: none">・ 生化学的検査 (血液ガス分析)・ 画像診断 (単純撮影 (胸部))	

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

--

[記載上の注意]

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

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式25

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「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
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※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"> ・新規届出（実績期間 ・再度の届出（実績期間 ・機器増設による届出（実績期間 	年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
2	届出年月日	平成	年	月	日	
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%					
	= %					

[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。

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

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

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出添付書

1 外来患者の数	①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 ②/① × 100% = %	
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏 名	経 験 年 数
5 その他（次の事項のうち該当するものに○をつけること）	
ア 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が30%未満	
イ 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が40%未満、かつ眼科診療を専ら担当する常勤医師が勤務している	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。

小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

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

常勤医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数

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

--

[記載上の注意]

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

内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

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

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

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

--

[記載上の注意]

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

様式 31 の 3

センチネルリンパ節生検の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

〔 画像診断管理加算 1
画像診断管理加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	 件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	 件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が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	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100\%$ = <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> %		

[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。

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

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）		
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日		
平成 年 月 日		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影に係る事項		
当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が診断を翌診療日までに行った件数
① 件	② 件	③ 件
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = _____ % (③/①×100%)		

[記載上の注意]

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

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称																									
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）																									
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">・ 特定機能病院</td> <td style="width: 20%;">承認年月日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">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○で囲むこと。

1	届出種別	・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名		核医学診断の経験年数
			年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の放射線技師	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 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100\%$			
= <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

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

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI (3テスラ以上)を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。

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。

C T 透視下気管支鏡検査加算
 冠動脈 C T 撮影加算
 外傷全身 C T 加算
 心臓 M R I 撮影加算
 大腸 C T 撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライス C T (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) ・ M R I (3 テスラ以上 1. 5 テスラ以上 3 テスラ未満)						
2	○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (C T の場合は列数、 M R I の場合はテスラ数を記載すること。) (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)						
4	専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">診療科</th> <th style="width: 50%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 30%;">経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> </tbody> </table>	診療科	常勤医師の氏名	経験年数			年
診療科	常勤医師の氏名	経験年数					
		年					
5	画像診断管理加算 2 の施設基準への該当性の有無 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						
6	救命救急入院料 の届出の有無 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						

[記載上の注意]

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

〔 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。