令和８年度　外来機能報告

報　告　様　式　１
報　告　様　式　２

確認・記入要領

（第1.1版）

－ 目 次 －

≪重要なお知らせ≫ 1
I. 報告の概要 2
（1） 報告の目的 2
（2） 報告様式の作成・提出の進め方 2
（3） 「報告様式」について 3
（4） 報告期限 5
（5） 問い合わせ窓口 6
II. 報告様式の確認・記入の手引き 8
（1） 「報告様式1」の確認・記入要領 9
1.設置主体 9
2.病院・有床診療所・無床診療所の種別 9
3.外来を行っている診療科 9
4.紹介受診重点医療機関となる意向の有無 10
5.地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項 10
6.救急医療の実施状況 13
（2） 「報告様式2」の確認・記入要領 14
1.紹介受診重点外来の実施状況 15
2.地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項 17

≪重要なお知らせ≫

報告内容に係る見直し事項

・報告様式１「５．地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」の「③高額等の医療機器・設備の保有状況」に以下項目が追加となりました。

- マルチスライスＣＴ　128列以上

Ⅰ. 報告の概要

（1） 報告の目的

令和３年５月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49号）により、医療法（昭和23年法律第205号）が改正され、地域の医療機関における外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告制度が創設されました。

外来機能報告制度は、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）の機能に着目して、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化することにより、外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図ることを目的として実施するものです。医療機関を対象（無床診療所は任意）として、都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）いただき、都道府県では、「協議の場」（医療法第30条の18の５に規定する協議の場をいう。以下同じ。）において、報告を踏まえて紹介受診重点医療機関に関する協議等を行い、協議が整った医療機関を公表することとしています。

（2） 報告様式の作成･提出の進め方

外来機能報告は、報告様式１と報告様式２から構成されています。

後述の「Ⅱ．報告様式の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご報告いただき、別冊『令和８年度外来機能報告 報告マニュアル』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式１と報告様式２の作成と報告をお願いします。

（ア）G-MIS 上の WEB フォームで作成・報告する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーメッセージが表示されます。エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容をご確認のうえ、報告内容を修正してください。

入力後は保存のうえ、［報告］ボタンをクリックしてご提出ください。なお、報告漏れや明らかな誤りがある場合、報告できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※ 深夜の2:00～5:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床・外来機能報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

（イ）紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、別冊『令和８年度外来機能報告 報告マニュアル』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、受付から５～10営業日程度を要する場合があります。また、報告様式２の発送は11月中旬以降となります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、報告の正確性の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

（3）「報告様式」について

報告項目は、以下のとおりです。

○ 紹介受診重点外来の実施状況

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

○ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項

- 「報告様式」は、「報告様式１」と「報告様式２」の２種類があり、「報告様式２」についてはレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）で把握できる項目で構成されています。それぞれにご入力のうえ、ご報告ください。
- 「報告様式２」はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）から事前に集計した結果をプレプリントしています。参考値としてご活用ください。
- 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。
- 医療機関機能・病床機能報告との重複項目（後述参照）や他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① 報告様式１：

- 医療機関・病床・外来管理番号、貴院の医療機関名称、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、医療機関機能・病床機能報告の報告対象機関の該当有無、設置主体、病院・有床診療所・無床診療所の種別、外来を行っている診療科についてご報告いただきます。
- また、紹介受診重点医療機関となる意向の有無、「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」のうち、紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）、外来における人材の配置状況、高額等の医療機器・設備の保有状況、救急医療の実施状況についてご報告いただきます。

② 報告様式２：

- 医療機関・病床・外来管理番号、貴院の医療機関名称、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、医療機関機能・病床機能報告の報告対象機関の該当有無、都道府県番号・医療機関コードについてご報告いただきます。なお、医科歯科併設の場合は、医科の医療機関コードと歯科の医療機関コードの両方をそれぞれ所定の欄にご報告ください。
- また、貴院における令和７年４月から令和８年３月診療分の「紹介受診重点外来の実施状況」、「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」のうち、その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況についてご報告いただきます。

■ **「算定日数」、「算定件数」のカウントにおける留意事項**

○ 内訳の記入欄がある項目について、算定件数あるいは算定日数の合計欄が設定されている場合、算定日数は、同日に複数の細目の診療報酬を算定していた場合には重複カウントせず、１日とカウントしてご入力いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。

○ 算定件数も同様に、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合は重複カウントせず、１件とカウントしてご入力いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。

■ **重複項目に関する留意事項**

○ 外来機能報告では、医療機関機能・病床機能報告と重複して報告する項目があります（以下「重複項目」と言う。）。該当する重複項目については後述の各項目の説明事項（（１）「報告様式１」 の確認・記入要領）をご参照ください。重複項目は以下のとおりです。

○ 「１．設置主体」

○ 「５．②外来における人材の配置状況（専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除く）」

○ 「５．③高額等の医療機器・設備の保有状況」

○ 「６．救急医療の実施状況」

■ **G-MIS 上の WEB フォームでの提出の場合の留意事項**

○ 医療機関機能・病床機能報告と外来機能報告の重複項目箇所について、医療機関機能・病床機能報告を行った医療機関は、医療機関機能・病床機能報告の報告内容が外来機能報告に自動反映されます。外来機能報告のみ報告対象の医療機関（無床診療所）はご入力ください。医療機関機能・病床機能・外来機能報告のいずれも報告する場合は、先に医療機関機能・病床機能報告の方からご報告ください（外来機能報告画面からは報告できません）。

○ ※データの反映は翌日深夜の２:00～５:00に実施されるため、その間は医療機関機能・病床機能・外来機能報告の G-MIS 上での入力をお控えください。深夜の２:00～５:00に医療機関機能・病床機能・外来機能報告に入力した内容は正常に反映されない可能性があります。

○ 重複項目の場合、外来機能報告の提出後にエラーが生じた際は医療機関機能・病床機能報告からデータを修正してください（外来機能報告から重複項目の修正はできません）。医療機関機能・病床機能報告から正しく修正されていれば自動的に外来機能報告のエラーも解消されます。なお、この場合も重複項目の外来機能報告へのデータの反映にはタイムラグが発生します。翌日以降にご確認ください。

■　**紙媒体での提出の場合の留意事項**

○ 重複項目の場合、医療機関機能・病床機能報告と外来機能報告で回答が異なる内容で入力しても、提出後医療機関機能・病床機能報告の回答が外来機能報告にも反映されます。

■　**報告対象となる具体的な医療の内容の範囲について**

- 報告対象は、外来患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、令和７年４月から令和８年３月診療分において報告項目に該当する診療行為です。審査支払機関での一次審査決定後の診療報酬の項目に基づきご報告ください。
- 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分でも報告対象外となります。
- 以下の診療行為のうち、本制度の報告項目に該当するものは、社会保険診療分に追加してご計上ください。追加分の計上につきましては、医療機関の経済的・人的負担を考慮し、任意です。可能な範囲でご対応ください。

✓　紙レセプトによる請求
✓　追加でご計上いただきたい医療保険の対象でない労働者災害補償保険等（例）
　・労災保険制度、労働福祉事業としての医療
　・自動車損害賠償責任保険の療養
　・その他の自由診療

■　**報告における留意点**

- G-MIS 上の WEB フォームにおいて提供する集計データには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子レセプト（医科レセプト）を記載しています。
- 紙媒体を使用して集計値を修正、あるいは追加計上する場合には、修正した値あるいは追加計上する値を含めた合計値をご記入ください。
- 紙媒体による報告を希望する医療機関には、予め確認用の集計データがプレプリントされた報告様式２を11月中旬以降に送付する予定です。

（4） 報告期限

- 報告期限は**12月11日 23:59**です。
- 提出内容に不備を確認した場合、厚生労働省 「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）より問い合わせさせていただくことがあります。報告期限直前に報告した場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。

● 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、［報告］ボタンを押すことにより提出いただけます。

(5) 問い合わせ窓口

● 外来機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話でご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」あるいは FAX でご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『令和８年度外来機能報告 報告マニュアル』の【５．問い合わせ窓口　医療機関・病床・外来機能報告問合せフォーム「１．質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。

● FAX でお問い合わせの場合は、医療機関・病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

（注）医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

● お問い合わせいただく前に本資料『令和８年度外来機能報告 確認・記入要領』と別冊『令和８年度外来機能報告 報告マニュアル』をはじめとする関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ G-MIS サイトよりダウンロードできます。
URL： https://www.med-login.mhlw.go.jp

● 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、場合によっては、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。

● 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省　「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　医療機関機能・病床機能・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

G-MISに関するお問い合わせ： 厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120－142－305［平日9:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03-5615-9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月24日９:00～令和９年１月８日17:00です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月24日９:00～令和９年１月29日23:59です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II.報告様式の確認・記入の手引き

報告様式の各項目の報告にあたっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

- 本項目では、外来における令和７年４月から令和８年３月診療分の外来医療の実施状況について、当該診療報酬の「算定日数」及び「算定件数」は、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認、ご報告ください。
- なお、外来機能報告の実施主体は、医療機関機能・病床機能報告対象病院等（病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものをいう。）であって外来医療を提供するものの管理者とします。
- また、無床診療所の管理者も外来機能報告を行うことができ、令和８年度報告については、厚生労働省において、あらかじめ当該報告を行う意向を確認しています。

確認・報告にあたっての留意事項

- 細目毎に算定日数をカウントしておりますが、合計欄では同日に算定された重複分をカウントしていないため必ずしも**内訳と合計欄が一致するとは限りません。**
- 本確認・記入要領において特段の記載がある場合を除き、診療報酬点数表において、ある診療行為と同時に別の診療行為をした場合に別の診療行為の費用は当該診療行為の所定点数に含まれるとされるものについては、別の診療行為分は計上しないでください。

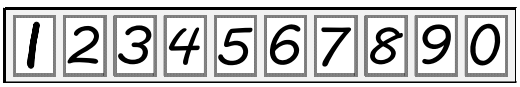
G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます。
- 必須項目が未入力あるいはエラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

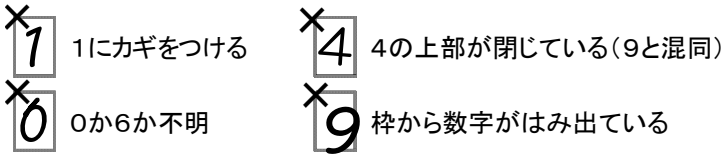
紙媒体に数字を記入する際の留意事項

- 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁はご記入いただく必要はありません。
- 紙媒体の報告様式に数字をご記入する際は、下記の例に従ってください。

＜数字記入例＞



＜悪い記入例＞



（1）「報告様式1」の確認・記入要領

- 医療機関・病床・外来管理番号や貴院の医療機関名称、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、医療機関機能・病床機能報告の報告対象機関の該当有無、設置主体、病院・有床診療所・無床診療所の種別、外来を行っている診療科、紹介受診重点医療機関となる意向の有無、診療報酬の届出の有無について、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認・ご報告ください。
- また、紹介受診重点医療機関となる意向の有無、「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」のうち、紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）、外来における人材の配置状況、高額等の医療機器・設備の保有状況、救急医療の実施状況について、ご報告ください。

【基本情報】	
①医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
②貴院名 医療機関情報訂正欄	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。 医療機関情報訂正欄は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「医療機関情報訂正欄」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
③医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
④報告担当者	報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mail についてご回答ください。
⑤医療機関機能・病床機能報告の報告対象機関の該当有無	貴院が医療機関機能・病床機能報告の報告対象医療機関に該当するか、ご回答ください。

1. 設置主体	
(1)	本項目は、無床診療所のみ、ご回答ください。 令和8年7月1日時点における貴院の設置主体について該当する番号をご回答ください。 一部事務組合及び広域連合は、地方自治法に定める特別地方公共団体であるため「8. 都道府県」か「9. 市町村」を選択してください。 「20. 医療法人」には「特定医療法人」、「社会医療法人」、「特別医療法人」、「財団医療法人」、「社団医療法人」も含まれます。

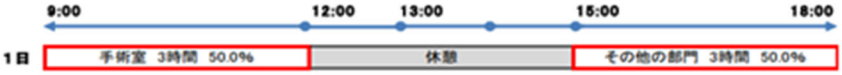
2. 病院・有床診療所・無床診療所の種別	
(2)	令和8年7月1日時点における貴院の病院・有床診療所・無床診療所の種別をご回答ください。

3. 外来を行っている診療科	
(3)～(46)	令和8年7月1日時点における貴院で外来を行っている診療科について、該当する診療科を全てご選択ください。 医療機関機能・病床機能報告対象病院等で外来機能を有しないために回答が困難な項目は、外来機能報告項目を全てゼロで報告し、選択肢項目ではその他をご選択ください。また、報告様式の最終ページの「その他、ご報告に当たっての特記事項【自由記入欄】」に外来機能を有しない旨を記載してください。

4. 紹介受診重点医療機関となる意向の有無	
(47)	紹介受診重点医療機関となるご意向がある場合、ご回答ください。なお、既に紹介受診重点医療機関である医療機関についても、引き続き意向がある場合はチェックを入れてご回答ください。 紹介受診重点医療機関とは、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関です。手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。紹介状のありなしにかかわらず、受診は可能ですが、紹介状がなく来院された場合は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」が原則必要となります。 紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告により報告された、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介受診重点外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて協議の場において議論することとしています。そのため、上記ご意向のみを以て紹介受診重点医療機関として公表されることはありません。

5. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項	
協議の場において、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項として、以下の①～③について、ご回答ください。	
①紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）(48)～(52)	本項目は、有床診療所・無床診療所においては、任意項目としています。
※有床診療所・無床診療所は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数についてご回答ください。なお、初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数については以下の定義に従うこととします。
○紹介率のための初診患者数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者数（入院レセプトにおける初診を含みます）から、以下の項目を除いた数。 ・救急患者 ※救急患者とは、「地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者」を指します。救急自動車により搬入された患者の詳細は、本確認・記入要領「6. 救急医療の実施状況」のうち「救急車の受入」をご参照ください。なお、「歩いて病院に来た方」は本項目における「救急患者」には含みません。 ・休日又は夜間に受診した患者 ・自院の健康診断で疾患が発見された患者 ※1　入院レセプトを含むため、「紹介受診重点外来の実施状況」における「初診患者数」と数値が異なる場合があります。 ※2　初診料が他の診療行為に包括され、個別に初診料を算定しない場合も初診患者数に含めます。 ※3　現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病については、初診に含めません。ただし、同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、新たに別の診療科を初診として受診した場合（一つ目の診療科の医師と同一の医師から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、初診に含めます。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で二以上の診療科を初診として受診する場合においても、二つの診療科に限り初診に含めます。 ※4 「初診患者数」では入院・外来の区別はせず、初診患者数を報告してください。外来受診後の即日入院の場合も、初診患者数に含めます。なお、報告様式2において、「初診の外来の患者延べ数」は外来での患者数を報告してください。外来受診後の即日入院の場合、外来レセプトでは初診料が発生しないため、「初診の外来の患者延べ数」には含めません。
○紹介患者数	**開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介**された者の数。（ただし、初診の患者に限ります。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師からの電話情報により医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含みます。） 「○紹介率のための初診患者数」と異なり、救急患者、休日または夜間に受診した患者を含みます。 ※1　保険外診療を含めます。 ※2　紹介状を持参した患者が外来受診後、即日入院した場合も、紹介患者数に含めます。 ※3　紹介状を持参した患者が外来受診後、即日入院した場合、入院レセプトになるため報告様式2の初診患者には含みませんが、紹介患者には含めます。報告様式1の「初診患者数」では入院・外来の区別はせず、初診患者数を報告してください。外来受診後の即日入院の場合も、初診患者数、紹介患者数に含まれます。
○逆紹介患者数	他の病院又は診療所に診療状況を示す文書を添えて紹介した者の数。 （ただし、開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除きます。） 「○紹介率のための初診患者数」と異なり、救急患者、休日または夜間に受診した患者を含みます。 逆紹介患者数は、「他院へ紹介した患者数」のため、初診患者数の内数にはなりません。初診患者数よりも数値が大きくなる場合があります。

	また、紹介率（紹介患者数÷紹介率のための初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）、逆紹介率（逆紹介患者数÷紹介率のための初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）についても、ご記入ください。G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、割合が自動計算され、表示されていますので、あわせてご確認ください。 ※1　保険外診療を含めます。 ※2　一患者を複数の医療機関へ紹介した場合の逆紹介患者数は、当該医療機関数を計上してください。 ※3　一患者を複数の診療科へ紹介した場合の逆紹介患者数は、紹介に際して添えられた診療状況を示す文書の数を患者数として計上してください。
≪紹介受診重点医療機関の協議の参考にする紹介率及び逆紹介率の水準を満たした場合の通知機能≫	紹介率・逆紹介率が以下の条件を満たした場合、該当項目の回答欄が緑色の背景となります。貴院にて、報告様式1「4. 紹介受診重点医療機関となる意向の有無」のご回答の参考としてください。 ・紹介率（紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）50%以上 ・逆紹介率（逆紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）40%以上
②外来における人材の配置状況(53)～(67) **※無床診療所は任意** **※有床診療所は専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了看護師は任意**	本項目は、無床診療所においてはいずれも任意項目、有床診療所においては専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了看護師は任意項目としています。また、医療機関機能・病床機能報告の報告様式1施設票又は報告様式1診療所票で「外来部門の職員数」を報告する場合、重複している専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師以外の項目の記入は不要です。 令和8年7月1日時点における「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。常勤職員は従事者の実人数、非常勤職員は従事者の常勤換算人数をご記入ください。医師については施設全体の人数をご報告ください。 令和8年7月1日時点で雇用契約のある職員はカウントします。休業中の者に代替者がいない場合は、産休や育休の方もカウントしますが、休業中の者に代替者がいる場合は代替者をカウントするため、産休や育休の方のカウントはできません。
常勤	常勤職員とは、雇用形態にかかわらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。
非常勤	非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない職員を指します。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 例：1週間の通常の勤務時間が 40 時間の有床診療所で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合 （所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません） 非常勤看護師数 ＝ （2日×3時間×1人）＋（3日×5時間×2人） / 40時間 ＝0.9人 なお、非常勤職員が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。
職員の数え方	職員数は、有給・無給を問わず令和8年7月1日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。 ・7月1日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。 ・7月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。 ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含みます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。
【報告対象の職種】	報告対象となる職種は、報告様式に記載されている職種のみであり、報告様式に記載がない職種（事務職員等）の職員数は報告対象外です。
【医師数、歯科医師数の報告】	医師数、歯科医師数の報告にあたっては、「病院報告」等の既存の調査等の内容を転記して差し支えありません。なお、医師として診療行為の実施有無に関わらず、医師免許を有する者を計上してください。
【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】	正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、他院での診察時間を除いて常勤換算した人数を非常勤職員に計上してください。
【当直医を外部に委託している場合の報告】	当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤職員に計上してください。
【保有している資格と従事している業務が異なる職員の扱い】	他の資格を有しているものの看護補助業務を行っている職員は、看護補助者に計上してください。

【複数の部門を兼務している職員の扱い】	各部門の職員数とは、当該部門専任で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該部門で勤務する）職員数を指します。 複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱ってください（外来部門で勤務していない場合であっても外来部門の職員数に計上してください）。複数部門における勤務時間数により職員数を按分していただく必要はありません。また、ある部門における職員数が「0人」となっても問題ございません。 例えば、手術室とその他の部門を勤務時間の5割ずつ兼務している場合や、6割と4割で兼務している場合は、当該2部門における職員数は0人とした上で、外来部門に計上してください。また、3か所以上の部門を均等に兼務している場合、あるいは、職員が入院部門、外来部門、手術室をローテーションで勤務する等して管理されており、いずれの部門においても勤務時間が8割未満となる場合（勤務時間の概ね8割以上を勤務する部門がない場合）は、外来部門のみに計上し、他の部門の職員数は0人としてください。 　1人の職員が複数の職種の資格や複数の認定を有している場合は、人数が重複することが無いように、主に従事している業務の職種・資格・認定に計上してください。 ※各日の勤務時間において、複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となることから、外来部門の職員として取り扱う例 例①：いずれの部門においても勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満  例②：いずれの部門においても勤務時間6時間の8割（4.8 時間）未満  例③：いずれの部門においても勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満  例④：いずれの部門でも勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満  ※1週間の勤務時間において、複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となることから、外来部門の職員として取り扱う例 例①：いずれの部門でも1週間の勤務時間 40 時間の8割（32 時間）未満 

	例②：いずれの部門でも1週間の勤務時間 40 時間の8割（32 時間）未満 
【長期にわたって勤務していない職員、産前･産後休暇や育児休暇中の職員の扱い】	7月1日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前 6 週間・産後 8 週間）並びに育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。 休業中で代替者がいない者は、7月1日時点で所属している部門の職員数に計上しますが、特定の部門に所属していない場合は「その他の部門の職員数」に計上してください。
【短時間勤務の常勤職員の扱い】	勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、非常勤職員に計上してください。
【同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設（訪問看護ステーション等）の職員の扱い】	同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設の職員数は含めないでください。
③高額等の医療機器・設備の保有状況(68)～(86) **※無床診療所は任意**	本項目は、無床診療所においては、任意項目です。また、医療機関機能・病床機能報告の報告様式1施設票と報告様式1診療所票で「医療機器の台数」を報告する場合、重複項目のご報告は不要です。
③-1 CT の台数 **必須**(68)～(72)	令和8年7月1日時点のマルチスライス CT（128 列以上、64 列以上 128 列未満、16 列以上 64 列未満、16 列未満）、その他の CT の台数をそれぞれご報告ください。 なお 64 列以上のマルチスライス CT を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「16 列以上 64 列未満」として届出をされている等の場合は、施設基準上の要件に関係なく「128 列以上」または「64 列以上 128 列未満」のいずれか該当する項目に台数をご計上ください。
③-2 MRI の台数 **必須**(73)～(75)	令和8年7月1日時点の3テスラ以上、1.5 テスラ以上3テスラ未満、1.5 テスラ未満の MRI の台数をご報告ください。 なお、1.5 テスラ以上の MRI を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「1.5 テスラ未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「3テスラ以上」または「1.5 テスラ以上3テスラ未満」のいずれか該当する項目に台数を計上してください。
③-3 その他の医療機器の台数 **必須**(76)～(86)	令和8年7月1日時点の血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器（IMRT）、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器、マンモグラフィの台数をご報告ください。

6. 救急医療の実施状況	
(87)～(91) **※無床診療所は任意**	本項目は、無床診療所においては、任意項目としています。また、医療機関機能・病床機能報告の報告様式1施設票と報告様式1診療所票で「救急医療の実施状況」を報告する場合、重複項目の回答は不要です。 令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間における当該診療報酬の患者延べ数及び救急車の受入件数を月毎にご報告ください。
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。 なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。 ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間を時間外としてください。

診察後直ちに入院となった患者延べ数	診察後直ちに入院となった患者延べ数は、入院治療を必要とする重症患者に救急医療を提供した患者の延べ数を指します。 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等で死亡した場合は、患者延べ数に計上してください。
救急車の受入	救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。 病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合（他院に救急搬送されたものの、検査や処置の結果対応不能と判断されて搬送された場合、他院入院中の患者が他院で対応不能な疾患を発症したため搬送された場合等）は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。
患者延べ数の数え方	同一人物が、同日に2回来院した場合は2人とカウントしますが（3回来院した場合は3人、4回来院した場合は4人等）、同一回の来院で複数診療科を受診した場合には1人と計上してください。 患者あるいはその看護に当たっている者から電話等で治療上の意見を求められて指示を行い再診料を算定した場合は、患者延べ数に計上してください。 救急医療への該当性や疾患に依らず、休日・夜間・時間外に対応した患者数をカウントください。 休日や夜間・時間外にオンライン診療や電話受診した患者はカウントしません。
①休日に受診した患者延べ数 **必須**(87)～(88)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の休日に受診した患者延べ数をご報告ください。なお、休日の定義は、貴院の診療日・診療時間に関わらず、上記の記載に従って患者延べ数を月毎に計上してください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 また、そのうち、診療後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせて月毎にご報告ください。 なお、休日の夜間に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上してください。また、休日に往診を行った患者も計上してください。休日に予約診療を行った患者と訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
②夜間・時間外に受診した患者延べ数 **必須**(89)～(90)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の夜間・時間外に受診した患者延べ数を月毎にご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。うち、診療後直ちに入院となった患者延べ数も、あわせて月毎にご報告ください。 なお、休日の夜間・時間外に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上し、「夜間・時間外に受診した患者延べ数」に計上しないでください。夜間・時間外に往診を行った患者は、計上してください。夜間・時間外に訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
③救急車の受入件数 **必須**(91)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の救急車の受入件数について月毎にご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 なお、救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者の受け入れをいいます。また、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 救急車の受入件数は、休日および夜間・時間外に関わらず計上してください。

【月単位の報告の困難な時期がある場合の報告可能な期間】	
(92)	令和8年7月1日時点で、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間分の状況を報告することが困難な場合は、本項目にチェックを入れて、「月単位」で報告が可能な期間をご回答ください。 本報告様式で過去1年間の状況を報告する項目では、報告が可能な期間における状況についてご回答ください。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】	
(93)	ご報告にあたって、特記事項がございましたら自由回答欄にご回答ください。

（2）「報告様式2」の確認・記入要領

■ 貴院の医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名称、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、医療機関コード等について施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。

■ また、貴院における令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分ま

で）の紹介受診重点外来の実施状況、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項について、ご報告いただきます。

【基本情報】	
①医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。
②貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
医療機関情報訂正欄	医療機関情報訂正欄は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「医療機関情報訂正欄」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
③医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
④報告担当者	報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mail についてご回答ください。
⑤医療機関機能・病床機能報告の報告対象機関の該当有無	貴院が医療機関機能・病床機能報告の報告対象医療機関に該当するか、ご回答ください。
⑥都道府県番号・医療機関コード	貴院において令和8年4月審査分の診療報酬明細書を作成する際に記載した都道府県コード（2桁）、医療機関コード（7桁）をご回答ください。なお、**医科レセプト用と歯科レセプト用の医療機関コードの両方をお持ち**の場合には、**両方ともご回答**ください。 医科・歯科両方のコードを保有する医療機関の場合、両方のコードを正しく入力してから保存ボタンを押してください。片方のコードのみの入力や誤った入力を5回以上行った場合はロックがかかります。その場合は制度運営事務局へお問い合わせください。
⑦令和8年4月1日以降に開設された場合	貴院が令和8年4月1日以降に開設された場合は本項目にチェックを入れてください。なお、本項目にチェックを入れた場合、以降の回答は不要です。

■レセプト件数	レセプト件数とは、1か月毎に提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号、平成 30 年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。
■算定日数	算定日数とは、診療報酬明細書の算定日情報をもとに、当該診療行為を実施したと記載のある日数をいいます。 同日に同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、算定日数は1日とします。
■算定回数	算定回数とは、原則として、診療報酬請求書・明細書の記入要領に基づいてレセプトに記載する診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、当該診療行為が実施された延べ算定回数をいいます。 なお、算定件数は算定回数のことを指します。

1. 紹介受診重点外来の実施状況	
紹介受診重点医療機関を明確化するため、以下の①②をご回答ください。	
①紹介受診重点外来の実施状況の概況(1)～(14)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の患者延べ数を、紹介受診重点外来の類型毎にご回答ください。月別の項目は報告不要です。なお、「患者延べ数」とは、患者毎の受診日数を合計したものとします。 「初診の外来患者延べ数」は初診料を算定した日の患者数のみとなります。算定ルールとして初診料が算定できない場合、”医学的に初診となる診療”が行われても、患者延べ数には計上しないでください。また、外来受診後の即日入院の場合、「初診の外来の患者延べ数」には計上しないでください。（報告様式1「5. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項①紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）の「〇紹介率のための初診患者数」※4も参照ください。） 「再診の外来患者延べ数」は再診料を算定した日の患者数のみとなります。 同日受診においては、基本的には初診または再診の1件として計上してください。初診は初診の算定された日に算定した各項目の回数、再診は再診の算定された日に算定した各項目の回数を計上してください。なお、検査等のみを実施（例：検査のみ来院）し初再診の算定を行っていない場合や往診料を算定している場合は、計上しないで下さい。

	紹介受診重点外来の患者数は紹介受診重点医療機関の外来を受診した者のうち、開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数を指します。「紹介受診重点外来の患者延べ数」は「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数」、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数」、「特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数」の各項目を合計した数字ではありません。同様に「再診の外来の患者延べ数の「紹介受診重点外来の患者延べ数」」は、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数」、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数」、「特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数」の各項目を合計した数値ではありません。合計値から重複分を除いた数値であり、各報告項目については個別で計上いただき報告いただきますようご留意ください。
【医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来】	次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後 30 日間の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」を受診したものとします（例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等）。 ➢K コード（手術）を算定 ➢J コード（処置）のうち DPC 入院で出来高算定できるもの（※1）を算定 ※1：6000 ㎠以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス包帯等、1000 点以上 ➢L コード（麻酔）を算定 ➢DPC 算定病床の入院料区分 ➢短期滞在手術等基本料3を算定
【高額等の医療機器・設備を必要とする外来】	次のいずれかに該当する外来の受診を、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」を受診したものとします。 ➢外来化学療法加算を算定 ➢外来腫瘍化学療法診療料を算定 ➢外来放射線治療加算を算定 ➢短期滞在手術等基本料1を算定 ➢D コード（検査）、E コード（画像診断）、J コード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの（※2）を算定 ※2：脳誘発電位検査、CT 撮影等、単一の診療行為で 550 点以上 ➢K コード（手術）を算定 ➢N コード（病理）を算定
【特定の領域に特化した機能を有する外来】	次の外来の受診を、「特定の領域に特化した機能を有する外来」を受診したものとします。 ➢診療情報提供料（Ⅰ）を算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来 初診の外来の患者延べ数のうち、「紹介受診重点外来」の患者延べ数の割合、再診の外来の患者延べ数のうち、「紹介受診重点外来」の患者延べ数の割合について、1年分の数値をご報告ください。G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、割合が自動計算され、表示されていますので、あわせてご確認ください。
≪紹介受診重点医療機関の協議における紹介受診重点外来に関する基準を満たした場合の通知機能≫	紹介受診重点外来に関する割合が以下の条件を満たした場合、該当項目の回答欄が緑色の背景となります。貴院にて、報告様式1「4. 紹介受診重点医療機関となる意向の有無」のご回答の参考としてください。 ・紹介受診重点外来の患者延べ数の初診の外来の患者延べ数に対する割合（紹介受診重点外来の患者延べ数÷初診の外来の患者延べ数×100 小数点第二位を四捨五入） 40%以上 ・紹介受診重点外来の患者延べ数の再診の外来の患者延べ数に対する割合（紹介受診重点外来の患者延べ数÷再診の外来の患者延べ数×100 小数点第二位を四捨五入） 25%以上
②紹介受診重点外来の実施状況の詳細(15)～(36)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間における当該診療報酬の算定件数を初診・再診別に**月毎**にご記入ください。初診は初診の算定された日に算定した各項目の回数、再診は再診の算定された日に算定した各項目の回数をカウントしてください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。なお、検査等のみを実施（例：検査のみ来院）し初再診の算定を行っていない場合や往診料を算定している場合は、計上しないで下さい。
【外来化学療法加算を算定した件数】	「G000 外来化学療法加算」の状況について、算定件数をご報告ください。
【外来腫瘍化学療法診療料を算定した件数】	「B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料」の状況について、算定件数をご報告ください。「外来腫瘍化学療法診療料1」、「外来腫瘍化学療法診療料2」、「外来腫瘍化学療法診療料3」のいずれも報告対象としてください。 「B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料」は初診料・再診料と併算定不可であるため、本項目の報告値は 0 件となることが想定されます。一方で、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等と関連のない傷病に対する診療を行う場合で、要件に該当し算定が行われた場合、その算定件数をご報告ください。

【外来放射線治療加算を算定した件数】	「M000 外来放射線治療加算（放射線治療管理料）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【CT 撮影を算定した件数】	外来における「E200 コンピューター断層撮影（CT 撮影）（一連につき）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【MRI 撮影を算定した件数】	外来における「E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）（一連につき）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【PET 検査を算定した件数】	外来における「E101-2ポジトロン断層撮影」「E101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）」「E101-4ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）」「E101-5乳房用ポジトロン断層撮影」の状況について、算定件数をご報告ください。
【SPECT 検査を算定した件数】	外来における「E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【マンモグラフィ撮影を算定した件数】	外来における「E002 撮影4乳房撮影（一連につき）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【高気圧酸素治療を算定した件数】	外来における「J027 高気圧酸素治療（1日につき）」の状況について、算定件数をご報告ください。
【画像等手術支援加算を算定した件数】	外来における「K939 画像等手術支援加算」の状況について、算定件数をご報告ください。
【悪性腫瘍手術を算定した件数】	外来における悪性腫瘍手術の状況について、算定件数をご報告ください。 悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表「第 10 部手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」の名称が含まれるものをいいます。 「K719 結腸切除術3（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）」は、悪性腫瘍手術でない場合であってもご計上ください。 また、「K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置1、2及び3」については、計上しないでください。

2. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項	
協議の場において、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項として、以下の①について、ご回答ください。	
①その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況(37)～(55)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間における当該診療報酬の算定件数を**月毎**にご記入ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。
【生活習慣病管理料】	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。 ※「生活習慣病管理料Ⅰ」、「生活習慣病管理料Ⅱ」のいずれも報告対象としてください。
【特定疾患療養管理料】	生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。
【糖尿病合併症管理料】	糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。
【糖尿病透析予防指導管理料】	糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。
【機能強化加算】	外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。
【小児かかりつけ診療料】	かかりつけ医として患者の同意を得たうえで、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。
【地域包括診療料】	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定。
【地域包括診療加算】	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。
【往診料】	患者又は家族等患者の看護等にあたる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定。
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）】	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。
【在宅時医学総合管理料】	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。
【施設入居時等医学総合管理料】	施設において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。
【診療情報提供料（Ⅰ）】	保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。

【連携強化診療情報提供料】	かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。
【地域連携診療計画加算】	患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料(Ⅰ)に加算。
【がん治療連携計画策定料】	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。
【がん治療連携指導料】	がん治療連携計画策定料1又は2を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。
【がん患者指導管理料】	医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。
【外来緩和ケア管理料】	緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】	
(56)	ご報告にあたって、特記事項がございましたら自由回答欄にご記載ください。