

ら衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

- (7) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
- 2 届出に関する事項
- 在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87を用いること。

### 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先 担当者氏名： 電話番号：
------------------------

(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出
------------------------------

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  
2  には、適合する場合「√」を記入すること。  
3 届出書は、正副2通提出のこと。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
<b>1の8</b>	<b>心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器移行加算）</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<b>24の2</b>
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	<b>がん患者カウンセリング料がん患者指導管理料</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5 (基本別添7)13の2
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6 (基本別添7)13の2
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3 (基本別添7)13の2
6の5	夜間休日救急搬送医学管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の4
6の6	外来リハビリテーション診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の5
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
<b>6の8</b>	<b>地域包括診療料</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<b>7の7</b>
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料(I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料(II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
11	ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3	がん治療連携管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(基本別添7)33
11の4	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14	在宅療養支援歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4
14の3	在宅患者歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
<u>16の3</u>	<u>在宅療養後方支援病院</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>20の4, 20の5</u>
<u>16の4</u>	<u>在宅患者訪問褥瘡管理指導料</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>20の7</u>
16の53	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
<u>16の6</u>	<u>持続血糖測定器加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>24の5</u>
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
<u>17の2</u>	<u>在宅かかりつけ歯科診療所加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>21の4</u>
18	造血器腫瘍遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の2	植込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
22の3	時間内歩行試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓腑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
25	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
<u>25の2</u>	<u>光トポグラフィー</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>26の2, 26の3, 4, 52</u>
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、 <u>ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身C T加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の3	大腸C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MR I 撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビ°リテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビ°リテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビ°リテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, <u>42の3</u> , 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, <u>42の3</u> , 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, <u>42の3</u> , 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, <u>42の3</u> , 44の2
42の2	運動器リハビ°リテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, <u>42の3</u> , 44の2
43	運動器リハビ°リテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, <u>42の3</u> , 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
<u>45の2</u>	<u>摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>43の4、43の5</u>
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
<u>47の3</u>	<u>認知症患者リハビリテーション</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>43の3</u>
47の43	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
<u>47の5</u>	<u>歯科口腔リハビリテーション料2</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>44の4</u>
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
<u>55の2</u>	<u>精神科重症患者早期集中支援管理料</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>47の2</u>
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
<u>56の2</u>	<u>処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>48の2, 48の3, 48の4, 48の5, 13の2, 4</u>
57	イタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	透析液水質確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
<u>57の3</u>	<u>磁気による膀胱等刺激法</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>49の4, 4</u>
57の43	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の <u>5-4</u>
57の54	う蝕菌無痛的窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
<u>57の6</u>	<u>CAD/CAM冠</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>50の2</u>
57の75	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の <u>3-2</u>
<u>57の86</u>	<u>皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の <u>4-3</u> , 52, 4
<u>57の97</u>	<u>組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>50の5</u>
<u>57の108</u>	<u>骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>50の6, 52, 4</u>
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
<u>58の2</u>	<u>脳腫瘍覚醒下マッピング加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>51の2, 52, 4</u>
<u>58の3</u>	<u>原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>51の3, 4</u>
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
<u>60の2</u>	<u>仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>53, 4</u>
60の32	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
<u>60の4</u>	<u>羊膜移植術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 54の3, 4</u>
<u>60の5</u>	<u>緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 54の4, 4</u>
60の65	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の <u>5-3</u> , 4
<u>60の7</u>	<u>網膜再建術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 54の6, 4</u>
61	人工内耳植込術、 <u>植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
<u>61の2</u>	<u>内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 54の7, 4</u>
61の32	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の43	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3, 4
61の54	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2, 4
<u>61の6</u>	<u>ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>50の4</u>

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
<u>62の3</u>	<u>経皮的冠動脈形成術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>72</u>
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
<u>63の2</u>	<u>経皮的冠動脈ステント留置術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>72</u>
<u>63の3</u>	<u>経皮的大動脈弁置換術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.59の2.4</u>
<u>63の4</u>	<u>胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.59の3.4</u>
<u>63の5</u>	<u>磁気ナビゲーション加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.59の4.4</u>
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	心臓ペースメーカー移植術及び心臓ペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
65の2	植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
67の2	両心室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両心室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンプ法（IABP法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
69	補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64, 4
70	植込型補助人工心臓（拍動流型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の3, 4
71	同種心移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72	同種心肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
<u>72の3</u>	<u>内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の4.4</u>
<u>72の4</u>	<u>腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の5.4</u>
<u>72の5</u>	<u>腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の5.4</u>
72の6	ダメージコントロール手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
<u>72の7</u>	<u>腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の5.4</u>
<u>72の8</u>	<u>腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の6.4</u>
73	体外衝撃波胆石破砕術	<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
<u>75の2</u>	<u>体外衝撃波膀胱石破砕術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>66.4</u>
75の3	腹腔鏡下膀胱体尾部腫瘍切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2, 4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の2	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の3, 4
76の3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52.65の5.4</u>
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	<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"/>	<u>52.65の5.4</u>

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	68の2, 4
77の4	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の5	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
<u>77の6</u>	<u>腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 65の5, 4</u>
77の76	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2, 4
<u>77の8</u>	<u>腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 65の5, 4</u>
77の97	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	69の3, 52, 4
<u>77の10</u>	<u>腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>69の3, 52, 4</u>
77の118	人工尿道括約筋植込・置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	69の4, 4
77の129	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
<u>78の3</u>	<u>腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 71の2, 4</u>
78の43	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	71の3-2
<u>78の5</u>	<u>胎児胸腔・羊水腔シャント術</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>52, 71の4, 4</u>
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
<u>79の2</u>	<u>手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>48の2, 48の3, 48の4, 48の5, 13の2, 4</u>
<u>79の3</u>	<u>胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>43の4, 43の5</u>
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
<u>80</u>	<u>貯血式自己血輸血管理体制加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>73</u>
80の2	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の4	内視鏡手術用施設機器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の4, 52, 4
<u>80の5</u>	<u>胃瘻造設時嚥下機能評価加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>43の4</u>
80の65	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の76	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の2
80の87	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
81	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
<u>83の2</u>	<u>1回線量増加加算</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<u>77</u>
83の23	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の34	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の45	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
84の2	定位放射線治療呼吸移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の5	テレパソロジーによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
<b>84の7</b>	<b>口腔病理診断管理加算</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<b>80の3</b>
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
<b>88</b>	<b>調剤基本料</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<b>84</b>
<del>8989</del>	基準調剤加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<del>84の2</del> , 4
<del>8989</del>	基準調剤加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	<del>84の2</del> , 4
<del>9089</del>	後発医薬品調剤体制加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
<del>9089</del>	後発医薬品調剤体制加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
<del>9089</del>	後発医薬品調剤体制加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
<del>9190</del>	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
<del>9291</del>	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87

※様式16, 53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 4

[ ] に勤務する従事者の名簿

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

[記載上の注意]

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

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式5の2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 5 の 3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料 1

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料2に記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料2

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料1に記載した者と重複して差し支えない。

### 3 がん患者指導管理料3

区 分	氏 名	経験年数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		

[記載上の注意]

- 「2」については、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

## 外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
イ 精神症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	

### 2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

### 3 患者に対する情報提供

〔記載上の注意〕

- 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。  
また、ウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。  
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、A226-2 緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式5の5

移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料

臓器移植後患者指導管理料・造血幹細胞移植後患者指導管理料

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 専任の常勤医師		
2 専任の常勤看護師		
3 常勤薬剤師		

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料」については、届出を行う管理料について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「2」については、移植医療に係る経験及び移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 4 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。

## 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 糖尿病指導の 経験を有する医 師			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導の 経験を有する看 護師(又は保健 師)			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導の 経験を有する管 理栄養士			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	

## [記載上の注意]

- 「1」～「3」については、医師、看護師(又は保健師)、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」～「3」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

様式5の7

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

= ② / ①  %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③ / ①  %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④ / ①  %

[記載上の注意点]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回到糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

様式 6

小児科外来診療料の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1  
 地域連携小児夜間・休日診療料 2
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

- 1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

- 2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)
---------

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関    イ 連携医療機関    (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

様式7の2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

--

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関      イ 連携医療機関      (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。

## 院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出書添付書類

### 院内トリアージの体制

区 分	氏 名	職 種
院内トリアージを行う 専任の医師又は専任の看護師		

#### [備考]

- 1 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。

様式 7 の 4

夜間休日救急搬送医学管理料に係る届出書

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

(届出にあたっての留意点)

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

様式 7 の 5

外来リハビリテーション診療料の施設基準に係る届出添付書類

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

※ 該当する方に○をつけること

[記載上の注意]

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

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を担当する医師の氏名等	
医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
2 放射線治療を担当する専従の看護師の氏名	
3 放射線治療を担当する専従の診療放射線技師の氏名	
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する技術者の氏名等	
技術者の氏名	放射線治療の経験年数
	年
5 緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制 ( 有 ・ 無 )	

[記載上の注意]

- 1 「1」の医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の専従の看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「3」の専従の診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 7 の 7

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名（診療所又は 200 床未満の病院）	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名（診療所の場合）	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること（病院の場合）	<input type="checkbox"/>
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
⑦-2	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤の医師が3名以上配置されていること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

⑦-3	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	2次救急指定病院又は救急告示病院等であること	
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。②について、平成 27 年 3 月 31 日までは適切な研修を修了したものとみなす。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
2. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3. ⑦-2、⑦-3 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

## 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

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

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

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

3 開放病床利用率(届出前30日間)

開放型病院に入院した患者の診療を担当している  
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

(            %) = (            名) ÷ [ (            床) × 30日間 ]

4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師                                      名(うち常勤                                      名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式10を併せて添付すること。

登録医師・歯科医師の名簿

氏 名	主たる 診療科	所 属 医 療 機 関			届出前 の利用
		医療機関名	開設者氏名	住 所	

[記載上の注意]

- 1 名簿は、4の(3)の区分に係る当該医療機関と同一2次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前30日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		( )床	
②		( )床	
③		( )床	
④		( )床	
⑤		( )床	
⑥		( )床	
⑦		( )床	
⑧		( )床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合			
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)			
・担当医師名:			
・看護職員名:			
・連絡先:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

<p>(1) 当該診療所の担当看護職員名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p>
<p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p>
<p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。          なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>
<p><b>9 在宅療養実績加算に係る届出</b></p>
<p style="text-align: center;">(                      有                      ・                      無                      )</p>

**[記載上の注意]**

- 1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の4)を添付すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院			
2 当該病院の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		( ) 床	
②		( ) 床	
③		( ) 床	
④		( ) 床	
⑤		( ) 床	
⑥		( ) 床	
⑦		( ) 床	
⑧		( ) 床	
4 当該病院の許可病床数 _____ 床			
5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制			
(1) 担当部門の連絡先: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先:			
6 24 時間往診が可能な体制			
当該病院の担当医師名:			
7 24 時間訪問看護が可能な体制 ( (2) がある場合には名称等を記入すること。 )			
(1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:			

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

(1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。

なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。

(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅療養実績加算に係る届出

( 有 ・ 無 )

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書(様式11の4)」を添付すること。

〔在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	(       )ヶ月
2. 合計診療患者数	(       )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ (       )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② (       )名
ア. うち自宅での死亡者数	① (       )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② (       )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ (       )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ (       )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ (       )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ (       )回	① (       )回	(       )回	② (       )回	③ (       )回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	(       )名
2. 連携する保険医療機関数	(       )医療機関

[記入上の注意]

- 1 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 2 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- 3 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 4 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- 5 IIIの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	( )ヶ月
2. 合計診療患者数	( )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ( )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ( )名
ア. うち自宅での死亡者数	① ( )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ( )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ( )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ( )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ( )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ( )回	① ( )回	( )回	② ( )回	③ ( )回

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

様式 12

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

1. 計画管理病院に係る事項

(1) 地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

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

2. 連携保険医療機関に係る事項

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

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

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

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

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

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

[記載上の注意]

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

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

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

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

退院時の日常生活機能評価 合計点 _____ 点
-----------------------------

- ※ 1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※ 2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※ 3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※ 4 「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。
- ※ 5 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

<ul style="list-style-type: none"> <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]

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について (いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	・	②がん診療連携拠点病院に準じる病院
-------------	---	-------------------

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	日
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数 (病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 1 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 2 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 3 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の3を参考にすること。

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)											
	…											
	画像診断項目											
説明・指 導	説明項目											
	…											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
- 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

別紙13の5

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

認知症疾患医療センターについて(いずれかに○をつける)

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

[記載上の注意]

認知症疾患医療センターであることを示す書類を添付すること。

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

[記載上の注意]

当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 2 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

{

 医療機器安全管理料 1  
 医療機器安全管理料 2  
 医療機器安全管理料（歯科）
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

1 常勤の臨床工学技士の氏名	
2 医療安全管理部門の有無	有 ・ 無
3 医療機器安全管理責任者の氏名	
4 医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有 ・ 無
5 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
6 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

[記載上の注意]

- 1 医療機器安全管理料 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「1」、「2」、「3」、「4」を記載すること。
- 2 医療機器安全管理料 2 の施設基準に係る届出に当たっては、「5」、「6」を記載すること。
- 3 「1」の常勤の臨床工学技士の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 「6」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料  
の施設基準に係る届出書

- 1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

- 3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

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

氏名	職種等

- 5 緊急時の連絡・対応方法

6 緊急時の連携保険医療機関

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

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

7 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		
そ の 他		

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)	
研 修 名	
受 講 年 月 日	
研 修 の 主 催 者	
講 習 の 内 容 等	
<p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	
氏 名	常 勤 / 非 常 勤
1)	常 勤 / 非 常 勤
2)	常 勤 / 非 常 勤
3)	常 勤 / 非 常 勤
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制:対応体制	__名で担当、交代制( 有 ・ 無 )
・ 担当者の氏名及び職種	・ 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制:対応体制	__名で担当、交代制( 有 ・ 無 )
・ 担当医の氏名	
5. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者	
<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

## 直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

## 1. 歯科訪問診療料

歯科訪問診療1	人	回
歯科訪問診療2	人	回
歯科訪問診療3	人	回

## 2. 歯科疾患在宅療養管理料

歯科疾患在宅療養管理料	人	回
口腔機能管理加算	人	回

## [記載上の注意]

歯科訪問診療料及び歯科疾患在宅療養管理料の算定回数等を記載すること。

在宅時医学総合管理料

特定施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

(1) 診療所（在宅療養支援診療所）

(2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）

(3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院

(4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

(1) 今回届出

(2) 既届出（届出年月）：                      年                      月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の1の提出が必要であること。

2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。