

様式 57

同種死体肺移植術
 同種心移植術
 同種心肺移植術
 同種死体肝移植術
 同種死体膵移植術
 同種死体膵腎移植術
 同種死体小腸移植術
 同種死体腎移植術

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。

施 設 種 別
・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (選定年月日： 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 施設種別欄において選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 2 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第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。

内視鏡下筋層切開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。）					科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 常勤の医師					
常勤医師の氏名			診療科名		
4 消化器内科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師。 なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数		
			早期悪性腫瘍 粘膜下層 剥離術	当該手術 （術者として）	
			例	例（ 例）	
			例	例（ 例）	
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 緊急手術が可能な体制					（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「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 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

経皮的冠動脈形成術（特殊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

<p>1 届出種別</p> <p>・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）</p>			
<p>2 届出区分 （該当するものそれぞれに ○を付すこと。）</p>	<p>1 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</p> <p>2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの</p>		
<p>3 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>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</p> <p style="text-align: right;">例</p>			
<p>5 経皮的冠動脈形成術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>			
<p>6 当該診療科の医師の氏名等</p>			
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第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「5」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 「6」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。

経カテーテル大動脈弁置換術の施設基準に係る届出書添付書類

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。）		
		科
3 緊急開心・胸部大動脈手術の実施症例数		
		例
4 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む。）の実施症例数		
大動脈に対するステントグラフト内挿術		例
5 冠動脈に関する血管内治療（P C I）の実施症例数		
		例
6 経食道心エコー検査の実施症例数		
		例
7 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。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大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が10例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が5例以上、再度の届出の場合には実

績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。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、新規届出の場合には実績期間内に冠動脈に関する血管内治療が 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上必要であること。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。

5 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。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。

6 「7」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。

7 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。

胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

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。)	
	科
3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	科
	科
	科
	科
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名	
5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等	
常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例
6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数	
(1) 3 年間に於ける直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上)	例
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 (経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)	例
7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の医師の氏名、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。
- 3 「5」及び「6」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 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「5」について、当該常勤医師の経歴 (心臓血管外科の経験年数がわかるもの) を添付すること。

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算
の施設基準に係る届出書添付書類

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。）			
			科
3 経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数			
例			
4 循環器科の常勤医師の 氏名等（2名以上）	医師の氏名	経験年数	不整脈について 5年以上の経験
		年	有 ・ 無
		年	有 ・ 無
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 常勤の臨床工学技士の氏名			
7 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

[記載上の注意]

- 「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」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 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、 経皮的冠動脈粥腫切除術又は 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、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠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第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、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠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、経皮的冠動脈粥腫切除術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

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) 																							
<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</p>		<p>例 例</p>																					
<p>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</p>		<p>例</p>																					
<p>6 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%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">診療科名</th> <th style="width: 33%;">所定の研修修了年月日</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> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																					
<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 (一般的名称) (承認/認証番号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 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第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」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
 - ・所定の研修を修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修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

植込型除細動器移植術 及び
植込型除細動器交換術

経静脈電極拔去術

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"> ・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) 																										
<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> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">科</div>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">例 例</div>																										
<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</p> <p style="padding-left: 20px;">ペースメーカー移植術の実施症例数</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">例 例</div>																										
<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;">所定の研修修了年月日</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	所定の研修修了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																								
<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</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> (一般的名称) (承認/認証番号) </div> <ul style="list-style-type: none"> (1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 画像診断 																										

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第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
 - ・所定の研修を修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、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修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"> ・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) 																										
<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;"> <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%;">所定の研修修了年月日</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	所定の研修修了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																								
<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</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認/認証番号)</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第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
 - ・所定の研修を修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修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"> ・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) 																							
<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) (承認/認証番号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 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第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 「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。

様式 64 の 2

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

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	心臓血管手術の実施症例数	例
3	18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数	例
4	過去5年間における11歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数	例
5 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
6 小児循環器科の医師の氏名等		
医師の氏名	小児循環器科の経験年数	
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
7 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ		
ウェブページの名前		
ウェブページのURL	http://	

[記載上の注意]

- 「2」は実績期間内に100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」は実績期間内に50例以上が必要であること。
- 「4」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。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」及び「6」の医師の氏名、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
- ・ 小児循環器科の医師
- ・ 小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数並びに心臓血管外科の常勤医師については機械的循環補助所定の経験の有無が分かるもの）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。
- 6 届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

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。） <div style="text-align: right;">科</div>			
3 開心術の実施症例数 例			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 例 うち過去3年間の経験症例数 例 うち90日以上連続した補助を行った症例数 例			
5 関係学会より選定された年月日 平成 年 月 日			
6 心臓血管外科の医師の氏名等			
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	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
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/認証番号） <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断			
8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 （ 有 ・ 無 ） 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 ）			
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無 （ 有 ・ 無 ）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第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 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「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。
- 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 65 の 3 の 2

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出 又は 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設 (該当する場合は当該届出のある連携施設の名称を記載：)			有 ・ 無 該当 ・ 非該当
2 細胞を培養する設備について（該当するものに○を付すこと。） ・ 医薬品医療機器等法に基づく基準に則ったもの ・ 再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの			
3 循環器内科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	循環器内科の経験年数	所定の研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		
4 心臓血管外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	所定の研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		
5 心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称			
6 「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設基準への該当性			該当 ・ 非該当

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」の医師の氏名、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医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 循環器内科の常勤医師
 - ・ 循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
 - ・ 心臓血管外科の医師
 - ・ 心臓血管外科の医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 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。
- 届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

様式 65 の 4

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離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"> ・ 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。)			
科			
3 血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数
	年	科	例
	年	科	例
	年	科	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (合計)			
例			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術) ・ 大伏在静脈抜去術 ・ 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ・ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の医師の氏名、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。
- 3 「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。
- 4 当該常勤医師の経歴(血管外科又は心臓血管外科の経験年数がわかるもの)を添付すること。

様式 65 の 5

- ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- ・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
- ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

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

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 以下の手術について、術者として、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）	
<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開腎摘出術 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
常勤医師の氏名	2 に示す手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 当該手術に習熟した医師の指導の下に、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	当該手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の氏名、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、「2」又は「3」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」及び「3」のいずれにも該当する場合は、その旨記載すること。）
- 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。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・ 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。）			
科			
3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該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5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	例
	科	年	例
	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数			
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術			
例			
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	科		
	科		
	科		
	科		
6 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
8 常勤の管理栄養士の氏名			
9 緊急手術が可能な体制（有・無）			
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率			
（有・無）		（割 分）	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。

- 2 「3」の医師の氏名、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。
- 3 「3」及び「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。
- 4 「3」及び「6」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 65 の 7

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）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いて1年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数 件	
2 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等	
氏名	経験年数

[記載上の注意]

- 1 「1」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 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 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

様式 66

体外衝撃波胆石破碎術
 体外衝撃波膵石破碎術
 体外衝撃波腎・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		膵石に関する		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	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
	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 その他 ()		当直 名		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						
内視鏡的治療が可能な体制		有 ・ 無				

[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
 - ・体外衝撃波膀胱石破碎術を担当する医師
 - ・膀胱石治療に関し、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。
- 5 「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膀胱石破碎術を届け出る場合に記載すること。

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. 腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出の区分

(該当するものにそれぞれに○を付すこと。)

() 部分切除及び外側区域切除

() 亜区域切除、1 区域切除 (外側区域切除を除く。)、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの

2. 当該療養に係る医療機関の体制状況等

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 当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数		例
3 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数		例
4 腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	経験症例数 (少なくとも10例以上)	
5 消化器外科の常勤医師の氏名等 (3名以上)		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	

6 麻酔科標榜医の氏名	
7 病理部門の病理医氏名	
8 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無
9 学会との連携体制	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」、「3」及び「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 「4」については、亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く。）、2区域切除及び3区域切除以上のものに係る届け出を行う場合のみ記載すること。
- 3 消化器外科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「6」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第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 67 の 2

腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の

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 当該保険医療機関において1年間に実施した膵臓手術症例数		例
3 消化器外科の常勤医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数	(少なくとも1名は5年以上)
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」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 消化器外科を担当する医師の氏名、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。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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 67 の 2 の 2

腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術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いて1年間に実施した膵臓に係る手術症例数 (「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、 「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数)			例
2 1のうち、膵頭十二指腸切除術症例数			例
3 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数			例
4 当該保険医療機関において1年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術 症例数(腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数)			例
5 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上の 経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸 切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切 除術の経験症例数	
	例	例	
	例	例	
6 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
7 病理部門の病理医氏名			
8 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等(5名以上)			
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は15年以上)		

9 学会との連携体制	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「1」、「2」、「3」、「4」及び「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。
- 2 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

様式 67 の 3

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離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 当該保険医療機関において1年間に実施した粘膜下層剥離術症例数		例
3 消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
診療科名	氏名	経験年数
		年
		年
		年
4 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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。
- 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 の 2

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 (少なくとも2人は5年以上)	
		年
		年
		年
3 当該療養を担当する医師の常時待機	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 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 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。

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

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。）			科 科
3 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			
例			
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経験 を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の 経験症例数
		年	例
		年	例
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制		（ 有 ・ 無 ）	
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画		（ 有 ・ 無 ）	

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」については、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」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
 なお、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また当該症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

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"> ・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) 			
<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第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 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

〔 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 〕

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。

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 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）		例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数	
	（少なくとも1名は5年以上）	
		年
		年
		年
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」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。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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 69 の 4

人工尿道括約筋植込・置換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 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 (少なくとも1人は5年以上)	
		年
		年
		年
3 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 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様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。
- 3 当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 5

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）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"> ・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 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における区分番号「K803の2」から「K803の5」まで、「K803-2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は「K803-3」に掲げる手術の実施症例数（合計）		
例		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科 科 科 科		
5 泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について5年以上の経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

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 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 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏名	経験年数
	年
	年
	年
4 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
	例
5 当該保険医療機関において1年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数 (10例以上)	
	例
6 病理部門の病理医氏名	
7 緊急手術が可能な体制	有・無

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「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。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 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 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

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。）		科 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の 経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
5 麻酔科標榜医の氏名		
6 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）	
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画	（ 有 ・ 無 ）	

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」については、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」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

腹腔鏡下仙骨腔固定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。）			科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数			例
3 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する医師			
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の術者としての 経験症例数	
4 常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制			（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「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。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別			
子宮体がん		子宮頸がん	
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・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)		・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。)			
			科
3 産婦人科又は婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
なお、経験症例数については、以下の例による。			
(1) 開腹子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」) (20例以上)			
(2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。) (20例以上)			
(3) 当該手術 (子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。) (術者として5例以上)			
(4) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮頸がんに限る。)(術者として3例以上)			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例

4 常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名	
麻酔科標榜医の氏名	
病理医の氏名	
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K879」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「K879-2（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数	
	例
7 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「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。
- 4 「3」及び「4」の医師の氏名、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。

様式 71 の 3

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼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 当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜		有 ・ 無		
3 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師				
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数	
4 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		
5 緊急帝王切開に対応できる体制及び「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出		緊急帝王切開に対応できる体制	有 ・ 無	
		「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出	有 ・ 無	
6 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。		有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」については、医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。
- 2 「4」について、「無」の場合は「5」を記載すること。
- 3 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。
- 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 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント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。）				科
2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	診療科	経験年数	胎児胸水症例の経験	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無		
4 緊急帝王切開に対応できる体制		有 ・ 無		
新生児特定集中治療室管理料の届出		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。また、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。
- 2 「2」の胎児胸水症例の経験は、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。

様式 71 の 5

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

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 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における子宮悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		例
そのうち、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数		例
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科 科 科 科
5 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 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
4 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		
5 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	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
		あり ・ なし
7 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		
8 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	
9 「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
10 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		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比	$(② - ③ / 2) / ① =$	
アルブミン/MAP比	$(④ - ⑤) / ① =$	
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師の氏名		
12 自己血輸血に関する常勤の看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」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。
- 2 「7」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。
- 3 「10」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 200mL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 120mLを1単位相当とみなす。
- 4 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。
- 5 「12」について自己血輸血に関する常勤看護師の認定証の写しを添付すること。

自己生体組織接着剤作成術
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
の施設基準に係る届出（報告）書添付書類

1 輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名	
2 輸血部門における専任の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	
4 関連学会から示されているガイドラインの遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	

[記載上の注意]

「2」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。

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名	
2 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等	
氏 名	急性期患者の看護に従事した年数
	年
	年
	年

[記載上の注意]

- 1 「1」の人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医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。
- 2 「2」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア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。

凍結保存同種組織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。）					科 科	
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例	
3 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。						
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 (うち術者として)		
		年	年	例 (例)		
		年	年	例 (例)		
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）						
常勤医師の氏名			経験年数			
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名						
6 臨床検査技師の氏名						
7 緊急手術が可能な体制						(有 ・ 無)
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無						(有 ・ 無)
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無						(有 ・ 無)

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「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。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 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 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 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

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	・ ・ ・

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数：_____床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療として行われていた「インプラント義歯」に係る経験年数を含む。）によるものとする。

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 設置機器名

一般的名称	概 要	
KTPレーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ネオジウム・ヤグレーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
色素レーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。

4 非常勤の麻酔科標榜医（週3日以上かつ24時間以上勤務する医師に限る。）

氏名	麻酔科標榜許可書	
	許可年月日	登録番号

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記載すること。
- 3 「4」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせで配置している場合のみ、当該非常勤医師について記載すること。

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。

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

放射線治療を行う保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称		
2 放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師		
常勤の技師の氏名	経験年数	専ら担当する者に○を付ける
3 当該治療を行うために必要な装置の一覧		
装置	名称等	
①直線加速器		
②治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム		
③セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム		
4 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療医と常時連絡がとれる体制にあること	有 ・ 無	
5 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無	

放射線治療を支援する保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 放射線治療を専ら担当する常勤の医師等	
常勤の医師の氏名	経験年数
照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名	経験年数
3 セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム	(名称等)
4 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 放射線治療を行う保険医療機関及び放射線治療を支援する保険医療機関ともに当該届出が必要であること。
- 2 放射線治療を行う保険医療機関として届け出を行う場合は、第三者機関による直線加速器の出力線量の評価を行った書類の写しを添付すること。
- 3 放射線治療を支援する保険医療機関として届け出を行う場合は、遠隔放射線治療の実施に係る記録を添付すること。

様式 78

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 ・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。） 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ている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> ・直線加速器（名称）） ・治療計画用CT装置（名称）） ・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）） ・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）） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称）） ・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）） ・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）） 	

[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(当該保険医療機関での勤務期間、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。

画像誘導放射線及び画像誘導密封小線源治療加算の
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 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名	
6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
① 2方向以上の透視が可能な装置	
② 画像照合可能な超音波診断装置	
③ 画像照合可能なCT装置	
④ 体表面の位置情報で照合可能な装置	
⑤ 骨構造の位置情報で照合可能な装置	
⑥ 腫瘍の位置情報で照合可能な装置	
⑦ 画像照合可能なMRI装置	
⑧ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑨ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

[記載上の注意]

- 1 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び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。
- 2 「5」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することとして、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 「6」については、画像誘導放射線治療加算の場合は、①～⑥について記入すること（④～⑥はいずれか1つの記入でも可とする）。
- 4 「6」については、画像誘導密封小線源治療加算の場合は、③及び⑦～⑨について記入すること（③、⑦についてはいずれかで1つのみでも可とする）。

様式 78 の 3

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	1 体外照射呼吸性移動対策加算 2 定位放射線治療・動体追尾法 3 定位放射線治療・その他のもの
2 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 (動体追尾法にあつては2名以上)	経験年数
	年
	年
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等	
常勤診療放射線技師の氏名	経験年数
	年
	年
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)	
照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置	
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置	

[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。

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 「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。

粒子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。）			科
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師（2名以上）			
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線 治療の経験年数	
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
3 常勤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、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		
5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数			
	重粒子線治療	例	
	陽子線治療	例	
6 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
・ 粒子線治療装置 （名称 ）			
・ 治療計画用CT装置 （名称 ）			
・ 粒子線治療計画システム （名称 ）			
・ 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 ）			
・ 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固体ファントム （名称 ）			

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（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。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
 - ・放射線治療の経験を10年以上
 - ・重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上（※）※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 2 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び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。
- 3 当該医療機関における粒子線治療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。
- 4 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。

様式 79 の 1 の 3

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療に専従の常勤医師（5年以上の経験を有する者が2名以上）	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
2 常勤診療放射線技師（3名以上で、かつ治療室1室につき2名以上）	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名	
4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名	
5 粒子線治療に係るがんセンターボードの有無	有 ・ 無
6 がん診療連携拠点病院とのがんセンターボードに係る連携の有無	有 ・ 無
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称) ・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称) ・ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称) 	

[記載上の注意]

※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。

- 1 「1」から「4」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- 2 「1」及び「2」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 3 「5」の粒子線治療に係るがんセンターボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、がんセンターボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。

具体的には、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する3分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。

- 4 「6」については、がん診療連携拠点病院とのがんセンターボードに、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類
 標本等の送付・送信側（検体採取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 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等	
① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師）	
検査技師の氏名	経験年数
② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数 件	
3 デジタル病理画像の作成・送信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

標本等の受取・受信側（病理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 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）	
① 病院の場合	
・ 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
② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日 年 月 日	
4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等	
常勤の医師の氏名	経験年数

5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項 (衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入)	
① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数	_____ 件
② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数	_____ 件
③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)	
(名称)	(作製数) _____ 件
(名称)	(作製数) _____ 件
(名称)	(作製数) _____ 件
④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 = (③のうち最大のもの / ②) × 100 =	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> %
6 デジタル病理画像による病理診断の届出状況 デジタル病理画像による病理診断 (年 月 日)	

[記載上の注意]

- 1 標本等の送付・送信側及び標本等の受取・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、標本等の送付・送信側の保険医療機関の届出書については、標本等の受取・受信側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本等の送付・送信側の届出にあつては、常勤の医師又は歯科医師の経歴(病理診断の経験、勤務状況がわかるもの)を添付すること。
- 3 標本等の送付・送信側における「3」および標本等の受取・受信側における「6」については、デジタル病理画像の送受信を行わない場合は、記載しなくてよいこと。

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
による術中迅速病理組織標本作製

の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
による迅速細胞診

- 1 届出区分（該当する届出区分に○をする）
- （ ） 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
- （ ） 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

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又は歯科医師の氏名

- 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」の常勤医師又は歯科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。
- 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製と保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による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。

- 病理診断管理加算 1
- 病理診断管理加算 2
- 悪性腫瘍病理組織標本加算
- デジタル病理画像による病理診断

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 病理診断を専ら担当する医師の氏名等			
医師の氏名	経験年数	常勤・非常勤	医療機関勤務
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
2 年間の剖検数・検体数等			
① 剖検			件
② 病理組織標本作製 (術中迅速病理標本作製を含む)			件
③ 細胞診 (術中迅速細胞診を含む)			件
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合 (CPC : Clinicopathological Conference) の開催実績			
① 開催年月日	年	月	日
② 開催年月日	年	月	日
③ 開催年月日	年	月	日
④ 開催年月日	年	月	日
⑤ 開催年月日	年	月	日
⑥ 開催年月日	年	月	日
4 デジタル病理画像の作製又は観察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]

- 1 「1」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（当該医師が専ら病理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。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 「3」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「4」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

{

 口腔病理診断管理加算 1
 口腔病理診断管理加算 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 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等	
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	経験年数
	年
	年
	年
2 年間の剖検数・検体数等	
① 剖検	件
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）の開催実績	
① 開催年月日	年 月 日
② 開催年月日	年 月 日
③ 開催年月日	年 月 日
④ 開催年月日	年 月 日
⑤ 開催年月日	年 月 日
⑥ 開催年月日	年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は医師が専ら病理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」の剖検については届出前1年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 口腔病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。

クラウン・ブリッジ維持管理料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）

<input type="checkbox"/> 昭和	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 平成		

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

障害者総合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	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:		