

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。

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

標本の送付側（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 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）の氏名等	
常勤検査技師の氏名	経験年数（5年以上）

標本の受取側（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）				
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。）				
・ 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]

- 1 標本の送付側及び標本の受取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、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本の送付側の届出にあつては、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。

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製  
テレパソロジーによる術中迅速細胞診

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当する届出区分に○をする）

（    ） テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

（    ） テレパソロジーによる術中迅速細胞診

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。
- テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製とテレパソロジーによる術中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

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常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		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」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。
- 「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」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。
- 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の施設基準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(経験年数を含む。)	
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

障害者自立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 _____年____月____日	
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:
	下顎運動検査機器	機器名:
	咀嚼筋電図検査機器	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:	

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤加算 の種類	( ) 基準調剤加算 1 ( ) 基準調剤加算 2 (いずれかに○を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況
4	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
5	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
7	備蓄品目数 ( ) (1 の場合は700以上、2 の場合は1000以上)
8	全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ~ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合 (②/①)：
9	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 3 「2」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、FAX、Eメール等）の一覧を添付すること。
- 4 「3」については、自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。
- 5 「4」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 6 「5」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 7 「6」については、地方厚生（支）局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 8 「7」については、品目リストを別に添付すること。
- 9 「8」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「8」及び「9」については、基準調剤 2 に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。



後発医薬品調剤体制加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 1 (22%以上)
	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 2 (30%以上)
	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 3 (35%以上)

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品の規格単位数量 (②)				
割合 (②/① % )				

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成24年3月5日保医発0305第号）及び別添1の第89の4（後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品）を参照すること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤	非常勤
無菌処理施設・設備	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)	
	形 式 ・ 規 格	
	空気清浄度、集塵効率等	
	台 数 等	
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧		

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2 在宅業務実施体制に係る周知の状況
3 在宅業務に必要な体制の整備状況
4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な体制の整備状況
<p>5 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）</p> <p>期間： 年 月 ～ 年 月</p> <p>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況</p> <p>算定回数： 回（実施患者数： ）</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）</p> <p>算定回数： 回（実施患者数： ）</p> <p>居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）</p> <p>算定回数： 回（実施患者数： ）</p> </div>
6 麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 3 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 4 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 5 「5」の実施回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。