

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	
------------------------	--

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。
- 5 「新規」欄に「※」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が創設されたもの。
- 6 「新規」欄に「△」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が改正され、新たに届出が必要なもの。

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
	1	ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
	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
	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
	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
※1	10	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		<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
	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
※	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
※	12の3	後期高齢者診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
	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
	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	在宅末期医療総合診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
	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
	18	血液細胞核酸増幅同定検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
△	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
※	21	遺伝カウンセリング加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
		名 称					
△	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
△	23	人工臓臓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2, 4
	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
	26	神経磁気診断		<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
△	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
	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	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）		<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		<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CT撮影加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
※	36	心臓MRI撮影加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
△	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, 4
	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, 4
△	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, 4
※	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, 4
△	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, 4
	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, 4
	43	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, 4
	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, 4
	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, 4
	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, 4
※	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, 4
※	47の2	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, 4
	48	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

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
	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
	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
	56	医療保護入院等診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
	57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
	57	イソールの局所注入（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	齶蝕歯無痛的高洞形成加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
	58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
	59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
※	59の2	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
	61	人工内耳埋込術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
※	61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
	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
	63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミカテルによるもの）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
	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	β -ブロッカー移植術及び β -ブロッカー交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
	66	両心室 β -ブロッカー移植術及び両心室 β -ブロッカー交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
	67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
※	67の2	両室 β -ブロッカー機能付き埋込型除細動器移植術及び両室 β -ブロッカー機能付き埋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ピング法（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	埋込型補助人工心臓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 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
	73	体外衝撃波胆石破碎術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 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
	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	腹腔鏡下小切開副腎摘出術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
	77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
※	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"/>	52, 68, 4
※	77の3	同種死体腎移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
※	77の4	生体腎移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
※	77の5	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
△	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
	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の2	歯周組織再生誘導手術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
	81	麻酔管理料		<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
※	83の2	強度変調放射線治療（IMRT）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
	84	直線加速器による定位放射線治療		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
	84の2	テレラジオ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
	85	補綴物維持管理料		<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
	88	基準調剤加算1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
	88	基準調剤加算2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
	89	後発医薬品調剤体制加算					85
	90	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

※1 脳卒中に係るものに限る。

様式 1

ウイルス疾患指導料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の医師の氏名	H I V 感染者の診療に従事した 経験年数（5 年以上であるこ と。）
2 専従の看護師の氏名	H I V 感染者の看護に従事した 経験年数（2 年以上であるこ と。）
3 H I V 感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名	
4 社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名	
5 診察室及び相談室の概要	
（必要に応じ、見取り図等を添付すること。）	

[記載上の注意]

「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。

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。

喘息治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1	専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名								
2	必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制 (1) 患者に提供する計測器等 (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">ア 酸素吸入設備</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">オ 動脈血ガス分析装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">イ 気管内挿管又は気管切開の器具</td> <td style="padding: 2px;">カ スパイロメトリー用装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ウ レスピレーター</td> <td style="padding: 2px;">キ 胸部エックス線撮影装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">エ 気道内分泌物吸引装置</td> <td></td> </tr> </table> (3) 緊急時の入院体制 ア 自院 イ 連携	ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置	イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置	ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置	エ 気道内分泌物吸引装置	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置								
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置								
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置								
エ 気道内分泌物吸引装置									
3	連携保険医療機関の体制 (1) 名称等 ア 連携保険医療機関の名称 イ 開設者名 ウ 所在地 (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">ア 酸素吸入設備</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">オ 動脈血ガス分析装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">イ 気管内挿管又は気管切開の器具</td> <td style="padding: 2px;">カ スパイロメトリー用装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ウ レスピレーター</td> <td style="padding: 2px;">キ 胸部エックス線撮影装置</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">エ 気道内分泌物吸引装置</td> <td></td> </tr> </table> (3) 緊急時の入院体制	ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置	イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置	ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置	エ 気道内分泌物吸引装置	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置								
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置								
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置								
エ 気道内分泌物吸引装置									

[記載上の注意]

- 1 「1」の専任の看護師又は准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。
- 2 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 3 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 4 喘息治療管理を24時間実施できる体制の概要を添付すること。

[] 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 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]

- 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。
- 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つては、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 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。

様式 8 の 2

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本管理料を算定した患者数 (期間： 年 7 月～ 年 3 月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①-②)のうち、中止期間に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① %

[記載上の注意点]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

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

<p>1 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。）</p> <p>(1) 担当者が固定している場合</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当医師名： ・看護職員名： ・連絡先：
<p>2 24時間往診が可能な体制（次のいずれかに○をつけ、(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当医師名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称 ・担当医師名：
<p>3 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> <p>(1) 当該診療所の担当看護師名</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護師名： ・連絡先： <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"> ・名称： ・開設者： ・担当看護師名： ・連絡先：
<p>4 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)の場合には連携保険医療機関の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"> ・名称： ・開設者： <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者：
<p>5 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「2」及び「3」により、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。</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>

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 当該病院における24時間の直接連絡を受ける体制</p> <p>(1) 担当部門の連絡先</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差しつかえない。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当医師名： ・看護職員名： ・連絡先：
<p>2 24時間往診が可能な体制</p> <p>当該病院の担当医師名：</p>
<p>3 24時間訪問看護が可能な体制（(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当看護師名</p> <p>(2) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護師名： ・連絡先：
<p>4 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「3」により、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。</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>

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

〔在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院〕に係る報告書

※該当する届出施設を○で囲むこと。

1 直近1年間に在宅療養を担当した患者について				
・平均診療期間 () カ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名 (再掲: 在宅看取り数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外の死亡数	自宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3カ月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	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、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。
- 3 「1」の「うち死亡患者数」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、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 4 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 5 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

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
※該当する事項を○で囲むこと。

1 計画管理病院

1 計画管理病院について		・ 連絡先	
・ 保険医療機関の名称	・ 開設者名	・ 担当医師名	
2 受け入れ病棟について		・ 一般病棟の平均在院日数 日	
・ 病床数 床	・ 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

(1) 大腿骨頸部骨折

連携保険医療機関について			地域連携診療計画に係る合同委員会について		
保険医療機関の名称	連絡先	届出入院基本料の区分	開催予定日又は開催頻度	出席者	開催場所
連携保険医療機関件数 件					

(2) 脳卒中

連携保険医療機関について			地域連携診療計画に係る合同委員会について		
保険医療機関の名称	連絡先	届出入院基本料の区分	開催予定日又は開催頻度	出席者	開催場所
連携保険医療機関件数 件					

[記載上の注意]

- 1 患者等に交付する地域連携診療計画書の例を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届出ること。
- 4 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。

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"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	

[記載上の注意]

「3」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。

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16

後期高齢者診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師の氏名（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	氏 名	高齢者の診療に関する経験年数*1	常勤	非常勤	研修受講*2
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計人数	名				

[記載上の注意]

- * 1 介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数。
 - * 2 高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修及び診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修の受講をいう。
- なお、後期高齢者診療料に関する研修としては、厚生労働省委託事業として開催する「主治医研修事業」、「認知症サポート医養成研修事業」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は含まれるものであること。

以下は、「1」の医師それぞれについて、記入すること。

2 研修名

医師名（ ）

	研修の名称	研修の主催者	受講日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日

医師名（ ）

	研修の名称	研修の主催者	受講日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日

[記載上の注意]

- * 後期高齢者総合評価加算にかかる研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。
- * 後期高齢者診療料の届け出にあつては、研修会等の修了証の写しの添付でもよいこととする。

様式 17

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 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	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

6 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. 後期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>※ 後期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. 在宅療養を担う連携保険医療機関	
(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. 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容 ・ 体制(管理者・自施設の職員・院外の事業所等との連携・その他) 	
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

<p>1 直近 1 年間に在宅歯科療養を担当した患者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 合計患者数 _____ 名 ・ 平均診療期間 (_____)ヶ月 		
<p>2 直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について</p>		
歯科訪問診療の回数の合計	歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 2
回	回	回
後期高齢者口腔機能管理料 の算定状況	人	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅歯科療養を担当した患者数は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として診療している患者について、患者 1 人当たりの在宅歯科診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。
- 3 「2」は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を行う保険医として担当している患者に対して実施した歯科訪問診療の回数、歯科訪問診療料 1 の算定回数及び歯科訪問診療料 2 の算定回数を記載すること。

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。

在宅末期医療総合診療料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又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況	
(1) 今回届出	
(2) 既届出：	平成 年 月 日
2 担当者氏名（主として在宅末期医療総合診療を担当する者）	
(1) 医 師	
(2) 看護師	
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）	
・ 入院患者数（延べ患者数）	名
・ 外来患者数（延べ患者数）	名
・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）	名

[記載上の注意]

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。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行なっている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行なうこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行なうこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関
 名 称 _____
 所在地 _____
 歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

〔血液細胞核酸増幅同定検査
検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)〕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 臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の経歴（臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
- 2 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料（従事者の勤務状況など具体的にわかるもの）を添付すること。
- 3 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 4 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料（実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの）を添付すること。
- 5 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項	
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数
	年
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）	
件	

[記載上の注意]

- 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数）を記入すること。

様式24

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
大動脈バルーンポンピング法（IABP法）

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。）	科
2 担当医師の状況	
(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師	
(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)	年
(非常勤)	年
(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師	
(常 勤)	年
(非常勤)	年
(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師	
(常 勤)	年
(非常勤)	年
3 連携保険医療機関	
(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名	
(2) 5年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名	
(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)	年
	年

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「3」を記載すること。

人工臓器の施設基準に係る届出書添付書類

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	
担当医師の状況			
常時(午前0時より午後12時までの間)待機医師	日勤	名	当直
	その他()		名
5年以上の経験を有する専門の医師	常勤	名	非常勤
			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の名称、台数等			
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
病理学的検査			
検査技師及び放射線技師等の勤務体制			
	人	数	勤務形態
検査技師		名	
放射線技師		名	
糖尿病管理患者数	実患者数		算定期間
		名	年 月 日 ~ 年 月 日

[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。
 - ・人工臓器を担当する医師
 - ・糖尿病の治療に関し、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
 - ・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも15年以上の経験を有する指導医
- 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。

様式25

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 2 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

〔 光トポグラフィー
中枢神経時期刺激による誘発筋電図 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 ・再度の届出（実績期間 ・機器増設による届出（実績期間 	年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
2	届出年月日	平成	年	月	日	
3	施設共同利用率の算定					
	① 当該検査機器を使用した全患者数	_____名				
	② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数	_____名				
	③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____名				
	④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%					
	= <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %					

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の④による施設利用率が20%以上であること。
なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

神経磁気診断の施設基準に係る届出書添付書類

3年以上の神経磁気診断の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	神経磁気診断の経験年数
	年

[記載上の注意]

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

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科又は脳神経外科を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	当該診療科の経験年数
	年

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出添付書

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

[記載上の注意]

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