

[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。
- 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。

直線加速器による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 「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。
- 3 「3」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。

テレパソロジー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

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 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）

2 病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名				
3 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]

- 「1」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。
- 「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。

補綴物維持管理料の施設基準に係る届出書添付書類

補綴物維持管理を実施する旨届出します。

1. 補綴物維持管理の責任者（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

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		
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：	
専任の 常勤歯科医師	氏 名		
人数	_____名		
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：		
	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		
	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
検査機器の設置状況等 (設置している機器を○で囲むこと)	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
	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 _____ _____ _____ _____ 人数 _____名	歯科衛生士 _____ _____ _____ _____ 人数 _____名	
	氏名 _____ _____ _____ _____ 人数 _____名	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: _____ 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	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
4	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
5	在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	備蓄品目数 () (1の場合は500以上、2の場合は700以上)
7	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)：
8	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、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「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。
- 3 「3」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。
- 4 「4」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。
- 5 「5」については、地方社会保険事務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。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」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。
- 8 「7」及び「8」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の施設基準に係る届出書添付書類

全処方せんの受付回数並びに後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数及びその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か 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)
全処方せんの受付回数①				
後発医薬品を調剤した処方せんの 受付回数②				
割合 (②/①)				

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	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 (5平方メートル以上)				平方メートル	
無 菌 処 理 施 設	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、専従・非専従の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設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。