

基本診療料の施設基準等に係る届出書

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「レ」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。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）	
第1	夜間・早朝等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1	
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2	
2の2	明細書発行体制等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の2	
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3	
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3	
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4	
4の2	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2	
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11	
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		様式5, 5の2, 12～12の6
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		様式13及び13の2
2	臨床研修病院入院診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14又は14の2	
2の2	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14の3	
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15	
3の2	妊産婦緊急搬送入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式16	
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17	
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 18, 18の2	
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3	
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3	
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20	
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3	
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22	
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2	
11	療養病棟療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2	
11	療養病棟療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		
11の2	療養病棟療養環境改善加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>		

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
			年 月		
11の2	療養病棟療養環境改善加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
13	重症皮膚潰瘍管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 32
17の2	強度行動障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式33
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35
21	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の2, 35の3
21の2	患者サポート充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 38
24	退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の2	新生児特定集中治療室退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の3	救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
24の4	救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
25	総合評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 40の4
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5～40の8
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 42
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 45

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
5	新生児特定集中治療室管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の2, 48~48の3
10	小児入院医療管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20 49~49の6
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 50~50の3
13	特殊疾患病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16	精神科急性期治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53, 55
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2
19	認知症治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
20	特定一般病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 50~50の3, 57の2 57の3
20	特定一般病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
	短期滞在手術基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 58
	短期滞在手術基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	

※様式21は欠番

様式 1

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療時間の状況	
曜日	表示している診療時間 (AM00:00~PM00:00)
日曜	
月曜	
火曜	
水曜	
木曜	
金曜	
土曜	

2 1週間の総診療時間	時間
-------------	----

3 救急医療の確保に関する協力	有・無
-----------------	-----

[記載上の注意]

- 「2」については、週により標榜時間が異なる場合には、4週間における1週平均時間を記載すること。
- 「3」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	・ 時間外対応加算 1 ・ 時間外対応加算 2 ・ 時間外対応加算 3	
2 標榜診療科		
3 当該診療所の 対応医師の氏名		
4 当該診療所の標榜 診療時間		
5 あらかじめ患者に 伝えてある電話に応 答できない場合の体 制 ※該当するものに○(複数可)		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他 ()
6 他の医療機関との 連携 ※	連携 医療 機関 名	
7 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)		
8 備考		

※ 【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 の届出をする場合

やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。

時間外対応加算 3 の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は 3 以下とする。

(注) 具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと(連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等)。

様式2の2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療所である	1 はい 2 いいえ
2 レセプト電子請求を行っている	1 オンライン請求 2 電子媒体による請求
3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている	1 はい 2 いいえ

※) 該当するものに○を記載すること。

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書

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	診療所名	
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	
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等の提供	<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"/>
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	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1又は2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"/>
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

[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 について、確認できる資料の写しを添付のこと

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書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・ 歯科衛生士の数 年・月	常勤歯科 医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(4)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率			
年・月	初診の患者 の数①	文書により 紹介された 患者の数②	紹介率 (=②/①×100) %
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件					
歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72-2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

(3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数	
年 月 ~ 年 月	歯科診療特別対応加算 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

(4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
年 月 ~ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)及び(4)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（常勤歯科医師名）

2 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）	氏 名 （常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

3 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・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素ポンベ及び酸素マスク		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
そ の 他		

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数：	台
滅菌器（製品名等）：	

6 院内掲示の例を添付

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(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っている
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年 月 日
--	----------------------------	-------

(2) 歯科診療所である保険医療機関

	基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
	届出前3か月間 年 月 ~ 年 月	_____名 (月平均_____名)

2 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・器具等の製品名	台数(セット数)
自動体外式除細動器(AED)		
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		

3 別の医科診療の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科)との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

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。

様式 5

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

1 入院診療計画については、別添6の別紙2及び別紙2の2を参考として作成した例を添付すること。

2 院内感染防止対策に係る内容

①院内感染防止対策委員会の活動状況 ※院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」 ※成分ごとに記載のこと	・ 室 ・ 室
③感染情報レポートの作成・活用状況	
作成回数	回／週
活用状況	

3 医療安全管理体制に係る内容

①安全管理のための指針の整備状況 ※安全管理のための指針等を添付すること	
指針の主な内容	
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況	
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 ※安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年 回
研修の主な内容等	

4 褥瘡対策に係る内容

(1) 褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する診療計画の 実施例を添付		
(2) 褥瘡対策の実施状況 (届出前の1ヶ月の実績・状況)		
① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数		人
② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは 既に褥瘡を有していた患者数		人
③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		人
④ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備 状況		

※別添6の別紙3を参考として作成した「褥瘡対策に関する診療計画書」の実施例を添付すること。

5 栄養管理体制に係る内容 (病院に限る)

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士		
氏名	勤務時間	備考

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合 (平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っておらず、栄養管理体制 の整備を一部猶予されている保険医療機関として届出を行った保険医療機関に限る。)		
非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無
常勤の栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の
入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

1 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった理由

	(1) 離職のため
	(2) 出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3) その他 ()

3 非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○)

	有		無
--	---	--	---

4 3か月以内に常勤の管理栄養士が確保できる見通し
(どちらかに○)

	有		無
--	---	--	---

5 常勤の管理栄養士の確保が困難な理由
(最も該当するもの一つに○)

	(1) 求人を行っているが応募がないため
	(2) 人件費の確保が困難なため
	(3) 離職が多いため
	(4) その他 ()

[記載上の注意]

病院の場合は様式6、診療所の場合は様式12を添付すること。

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、d 1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d 1	名	名
d 2	名	名
D 3	名	名
D 4	名	名
D 5	名	名
D U	名	名

[記載上の注意]

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

□ 7対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）			
□ 10対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）			
職種	氏名	勤務時間	研修受講
医師			□
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士			

2. 入院患者の構成

算出期間（直近1年間）		（ 年 月 日～ 年 月 日）
当該病棟の新規入院患者数	①	名
①のうち、65歳以上の患者数	②	名
①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数	③	名
②／①（8割以上）	④	%
③／①（6割以上）	⑤	%

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

算出期間（直近1年間）		（ 年 月 日～ 年 月 日）
当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く）	⑥	名
⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者数	⑦	名
⑦／⑥（3%未満）	⑧	%

調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める）	⑨	名
調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数	⑩	名
⑩／⑨（1.5%未満）	⑪	%

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

[記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師は当該保険医療機関に常勤配置、理学療法士等は病棟専従の常勤配置であること
3. 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。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
6. 届出以降、毎年7月1日の届出報告（別添7の様式5の4）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。
7. 医師はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成27年3月31日までは研修を修了したものとみなす。

- ※ 1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- ※ 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- ※ 療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
- ※ 1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。
- 2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算
療養病棟入院基本料	1, 2, 特別, 月平均夜勤時間超過減算(1のみ)
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算
精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1,
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1,
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 月平均夜勤時間超過減算

- 3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2, 3, 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2, 3
亜急性期入院医療管理料	1, 2
特殊疾患病棟入院料	1, 2
精神科救急入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2
特定一般病棟入院料	1, 2

- 4 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること）をみないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない
------	-------

- 5 療養病棟入院基本料の「1」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。
- 6 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。
- 7 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名
---------------	----

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

区 分	看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算	緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師	
緩和ケア診療加算（指定地域）	緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
がん診療連携拠点病院加算	がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算	栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算 1	医療安全対策に係る専従の看護師	
医療安全対策加算 2	医療安全対策に係る専任の看護師	
感染防止対策加算 1	感染管理に従事した経験のある専従の看護師	
	感染管理に従事した経験のある専任の看護師	
感染防止対策加算 2	感染管理に従事した経験のある専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡管理者である専従看護師	
退院調整加算	退院調整に関する経験を有する専従の看護師	
	退院調整に関する経験を有する専任の看護師	
新生児特定集中治療室退院調整加算	退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師	
	退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師	
呼吸ケアチーム加算	人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師	
地域包括ケア病棟入院料	専任の在宅復帰支援を担当する看護師	
ウイルス疾患指導料	HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上ある専従看護師	
喘息治療管理料	専任看護師	
糖尿病合併症管理料	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	
がん患者指導管理料 1	がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師	
がん患者指導管理料 2	がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師	
外来緩和ケア管理料	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験のある常勤看護師	
移植後患者	臓器移植後 造血幹細胞移植後	臓器移植に従事した経験のある専任の常勤看護師
指導管理料		
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病患者の看護及び療養指導に従事した経験のある専任の看護師	
院内トリアージ実施料	救急医療に関する経験のある専任の看護師	
外来放射線照射診療料	専従看護師	
ニコチン依存症管理料	禁煙治療に係る専任看護職員	
外来化学療法加算	当該治療室専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する専従の看護師	
精神科ショート・ケア	専従看護師	
精神科デイ・ケア	専従看護師	

勤 務 体 制

3交代制	日勤	(: ~ :)	準夜勤	(: ~ :)	深夜勤	(: ~ :)
2交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)		
その他	日勤			(: ~ :)		(: ~ :)
その他	日勤			(: ~ :)		(: ~ :)

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算は有無を記入する。
- 2 看護補助加算は下表の例により記載すること。

看護補助加算	① 看護補助加算 1 , ② 看護補助加算 2 , ③ 看護補助加算 3
--------	--------------------------------------

- 3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、看護師の欄に含めて記載すること。
- 4 病棟勤務欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。
- 5 「病棟以外との兼任」欄には、治療棟、外来等と兼任の者の数を記載すること。
- 6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記入し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記入すること。
- 7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。