

{

 ハイリスク妊娠管理加算  
 ハイリスク分娩管理加算
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 年間分娩件数

年間分娩件数	件
--------	---

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	氏名	診療科	勤務形態
1			常勤・非常勤
2			常勤・非常勤
3			常勤・非常勤
4			常勤・非常勤
5			常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、1名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、3名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

4 常勤の助産師

	氏名
1	
2	
3	
4	
5	

5 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書(産科医療補償責任保険加入者証の写し等)を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

退院調整加算 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 3	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

退院に係る調整及び支援に 関する部門の設置の有無	( 有      無 )
-----------------------------	--------------

1. 退院調整に従事する職員

	氏 名	専従・専任	職 種	経験年数
退院調整に関する 経験を有する者				

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

<input type="checkbox"/>	小児入院医療管理料（1、2又は3）
<input type="checkbox"/>	総合周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	地域周産期母子医療センター

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を認める文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。

〔救急搬送患者地域連携紹介加算  
救急搬送患者地域連携受入加算〕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 紹介元医療機関

1 紹介元医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名

2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。

- ・ A 205 救急医療管理加算
- ・ A 300 救命救急入院料
- ・ A 301 特定集中治療室管理料
- ・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- ・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ A 301-4 小児特定集中治療室管理料

2 受入医療機関

1 受入医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式39の3

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算  
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕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 紹介元医療機関

<p>1 紹介元医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関の名称</li> <li>・連絡先</li> <li>・開設者名</li> <li>・担当医師名</li> </ul>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急入院料</li> <li>・精神科急性期治療病棟入院料</li> <li>・精神科救急・合併症入院料</li> </ul>

2 受入医療機関

<p>1 受入医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関の名称</li> <li>・連絡先</li> <li>・開設者名</li> <li>・担当医師名</li> </ul>
<p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病棟入院基本料</li> <li>・児童・思春期精神科入院医療管理料</li> <li>・精神療養病棟入院料</li> <li>・認知症治療病棟入院料</li> </ul>

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

## 総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

常勤医師の氏名等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	常勤医師の氏名	高齢者の診療に関する経験年数	研修受講	ワークショップ受講
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計人数	名			

## [記載上の注意]

- 1 高齢者の診療に関する経験年数については、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を記載すること。
- 2 総合評価加算に係る研修については、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。なお、届け出に当たっては、当該研修を修了していることを確認できる文書を添付すること。



## 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 呼吸ケアに係る専任チーム

区 分	氏 名	経験年数
ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師		年
イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師		年
ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士		年
エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する理学療法士		年

### 2 呼吸ケアチームによる活動状況 ( 年 月～ 年 月 ( カ月間))

①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数	人
②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数	回
③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数	人
④③の患者の1人あたり平均人工呼吸器装着日数	平均 日/人

#### [記載上の注意]

- 1 「1」のア、ウ、エはそれぞれの経験が確認できる文書を添付すること。  
また、イは5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケア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。
- 2 専任チームの医師、看護師、臨床工学技士または理学療法士が複数名いる場合は、それぞれについて全て必要な文書を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①～④は実績がある場合に記載すること。

## 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

( )	後発医薬品使用体制加算 1（30%以上）
( )	後発医薬品使用体制加算 2（20%以上30%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

① 全ての医薬品の採用品目数 （②+③）		品目
② 後発医薬品の採用品目数		品目
③ 後発医薬品以外の採用品目数		品目
後発医薬品の採用割合 （②/①）		%

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表3の②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表3の③に該当する品目の一覧表）を添付すること。  
 なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。  
 また、上表3の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数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14号）を参照すること。
- 3 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格A列4番の用紙1枚当たり、50品目程度を目安に記載して添付すること。



病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院基本料	専任薬剤師の氏名

2 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

3 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

4 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

5 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「1」については、入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院基本料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 別添7の様式20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、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、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 「2」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 4 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 5 「4」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 6 「5」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 7 上記「2」から「5」に係る業務手順書を添付すること。
- 8 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。

## D P Cデータ提出開始届出書

1. A245データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）<sup>(※1)</sup>

- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- 「D P C導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。
- D P Cデータ作成対象病棟のデータを提出する体制を整備したこと。

2. 病床数<sup>(※2)</sup>

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3. データ作成開始日<sup>(※3)</sup>

平成 年 月 日
----------

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1 <sup>(※4)</sup>	担 当 者 2 <sup>(※4)</sup>
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注意事項)

※1 施設基準を全て満たした上で届出を行う病院は、データ作成を開始する月の前月の20日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

なお、平成26年3月31日までに当該加算の届け出を行っている病院が、DPCデータ作成対象病棟（第1節の入院基本料、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術基本料（A400短期滞在手術等基本料1を除く。））のデータを提出する場合には当該届出書を提出すること。

※2 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。

※3 データ作成開始日は、データ作成開始月の初日を記載すること。

※4 担当者2名について、DPC対象病院及びDPC準備病院は、「DPC導入の影響調査に関する調査」に係る連絡担当者としてDPC調査事務局に登録している担当者を記載すること。

## D P C フォーマットデータ提出開始届出書 (別紙)

保険医療機関名：  
所在地住所：

1. A207 診療録管理体制加算に関する施設基準 (要件を満たしていない項目をチェックすること。)

<p><input type="checkbox"/> (1) 診療記録 (過去 5 年間の診療録並びに過去 3 年間の手術記録、看護記録等) の全てが保管・管理されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 中央病歴管理室が設置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 1 名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。</p> <p><input type="checkbox"/> (7) 入院患者についての疾病統計には、I C D 大分類程度以上の疾病分類がされていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。</p>
---

2. 上記要件を満たすための計画

A207 診療録管理体制加算の届出予定日	平成 年 月 日

(注意事項)

- ※ 1 計画の達成期限及びA207 診療録管理体制加算の届出予定日を必ず記載すること。
- ※ 2 計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。
- ※ 3 A207 診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

## データ提出加算に係る届出書

1. A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

「DPC導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 病床数<sup>(※1)</sup>

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3. 届出を行う項目<sup>(※2)</sup>

<input type="checkbox"/> データ提出加算1	<input type="checkbox"/> イ（200床以上）
	<input type="checkbox"/> ロ（200床未満）
<input type="checkbox"/> データ提出加算2	<input type="checkbox"/> イ（200床以上）
	<input type="checkbox"/> ロ（200床未満）

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(注意事項)

- ※1 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。
- ※2 入院データを提出する場合はデータ提出加算1、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算2を届け出ること。
- ※3 厚生労働省保険局医療課より通知された区分について通知された文書（写）を本届出書に添付すること。  
なお、当該加算を平成26年3月31日までに届け出ている場合は、通知された文書（写）の添付は不要であること。

データ提出加算に係る辞退届

(辞退理由)

当院は、上記理由により、データ提出加算に係る届出を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※ 本退出届は、必要に応じて中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。
- ※ 本届出を行った翌月の初日より1年間は、再度データ提出加算の届出はできない。
- ※ 1年経過した後に再度データ提出を行う場合にあつては、様式40の5「DPCデータ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 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

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	



様式 42

[ ] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専任医師		日勤名	当直名	その他名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看護師		日勤名	準夜勤名	その他名
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの)					
救急蘇生装置					
除細動器					
ペースメーカー					
心電計					
ポータブルエックス線撮影装置					
呼吸循環監視装置					
人工呼吸装置					
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置					
酸素濃度測定装置					
光線療法器					
微量輸液装置					
超音波診断装置					
心電図モニター装置					
* 自家発電装置					
* 電解質定量検査装置					
* 血液ガス分析装置					
救命救急センターに係る事項(該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。)					
1 高度救命救急センターである。					
2 充実段階がAである。					
3 充実段階がBである。					
4 新規開設のため、充実度評価を受けていない。					
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項(施設基準に該当する場合○をすること。)					
( ) 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。 (再掲) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名					
小児加算に係る事項(小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。)					
( ) 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。(再掲) 専任の小児科医師数 名					
特定集中治療室管理料1又は2に係る事項(施設基準に該当する場合○をすること。)					
( ) 特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。(再掲) 経験を有する医師数 名					
( ) 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名					

[記載上の注意]

- [ ] 内には、届出事項の名称(救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4のいずれか)を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。

- 4 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。

なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。

- 5 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 42 の 2

[ ] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日勤 名	当直 名	その他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看 護 師		日勤 名	準夜勤 名	その他 名
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数(注1)	名	直近1年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数(注1)	件		
直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数(注2)	名				
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの)					
救 急 蘇 生 装 置					
除 細 動 器					
ペ ー ス メ ー カ ー					
心 電 計					
ポータブルエックス線撮影装置					
呼吸循環監視装置					
人工呼吸装置					
新生児用人工換気装置					
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置					
酸素濃度測定装置					
光線療法器					
微量輸液装置					
分娩監視装置					
超音波診断装置					
心電図モニター装置					
* 自家発電装置					
* 電解質定量検査装置					
* 血液ガス分析装置					

[記載上の注意]

- 1 [ ] 内には、届出事項の名称(新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料)又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか)を記入すること。

- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別業とすること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 6 注 1 については、新生児特定集中治療室管理料 1 又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 7 注 2 については、新生児特定集中治療室管理料 2 を届け出る場合のみ記載すること。

特定集中治療室管理料の  
施設基準に係る届出書添付書類

治療室名			備考
病床数		床	入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月
入室患者の状況	① 入室患者延べ数	名	
	② ①のうち重症者、医療・看護必要度の延べ数	名	
	重症者、医療・看護必要度の割合 (②/①)	%	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに作成すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入室患者延べ数に含めない。
- 3 重症者、医療・看護必要度とは、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、かつ患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 4 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専任医師		日勤名	当直名	その他名	
	専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師			名		
	当該病院に勤務する小児科医			名		
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数		
	平方メートル	床	平方メートル	名		
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等						
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの)						
救急蘇生装置						
除細動器						
ペースメーカー						
心電計						
ポータブルエックス線撮影装置						
呼吸循環監視装置						
対外補助循環装置						
急性血液浄化療法に必要な装置						
* 自家発電装置						
* 電解質定量検査装置						
* 血液ガス分析装置						
他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数	転院時において前医において算定されていた入院料(注1)					
	救命救急入院料				名	
	特定集中治療室管理料				名	
	転入時において前医において算定された診療報酬(注1)					
救急搬送診療料				名		
24時間以内に人工呼吸を実施した患者			名			

[記載上の注意]

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の 2 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。
- 6 注 1 については、どちらかを記載すればよい。

## ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

ハイケアユニット入院医療管理料	1 , 2
専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 ( $\leq 19$ 日であること)	日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入院患者の状況	入室患者延べ数の算出期間 (1 カ月) 年 月
入室患者延べ数①	名
①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者延べ数 ②	名
重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 ②/①	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	

## [記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、かつ患者の状況等に係る得点が「7点以上」である患者をいう。
- 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。

- 5 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 6 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。



## 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の医師名							
当該治療室の病床数		床					
当該治療室の入院患者の状況		入室患者延べ数の算出期間 年 月 日～ 年 月 日					
入室患者延べ数①		名					
①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数②		名					
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合(②/①)		%					
当該治療室の従事者	看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
	理学療法士 又は 作業療法士	名					
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等							
救急蘇生装置							
除細動器							
心電計							
呼吸循環監視装置							
当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等							
CT							
MRI							
脳血管造影装置							
当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無		脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）有・無					

## [記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出書の写しを添付すること。
- 4 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟名及び治療回復室（番号）			
病 床 数		床	床
専任の小児科の常勤医師数		名	
看 護 師 現 員 数	治 療 室 勤 務	人	人
	治療室以外との兼任	人	人
	合 計	人	人

2 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況 届出を行っているものに○をすること。	
	新生児特定集中治療室管理料
	総合周産期特定集中治療室管理料

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。