

う蝕歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

<input type="checkbox"/>	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
<input type="checkbox"/>	手術時歯根面レーザー応用加算

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日 (当該届出を行っている場合のみ記載)

平成	年	月	日
----	---	---	---

C A D / C A M 冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	備 考

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
使用する 歯科用 C A D ／ C A M 装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用 C A D / C A M 装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の 3

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 1 及び 2 の

施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 歯科技工士の氏名

勤務形態	常勤換算 人数	歯科技工士の氏名
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図
又は配置図等）を添付

様式 50 の 4

皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネル
リンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏 名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 常勤医師の氏名等		診療科名	常勤医師の氏名	
4 麻酔科標榜医の氏名				
5 病理部門の病理医氏名				

〔記載上の注意〕

- 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する医師の氏名、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。
- 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合）
・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）の施設基準に係る
届出書添付書類

1	届出する区分について（該当する部分に○印をつける）
・	組織拡張器による再建手術（一連につき） 1 乳房（再建手術）の場合 （ 一次再建 二次再建 ）
・	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後） （ 一次一次的再建 一次二期的再建 二次再建 ）

2 形成外科又は乳腺外科の経験を５年以上有する医師の氏名等					
医師の氏名	所属する 診療科名	該当する 経験分野 （該当部に○ 印をつける）	経験 年数	常勤・非常勤 の区分 （該当部に○ 印をつける）	登録 年月日
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常勤 ・ 非常勤	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常勤 ・ 非常勤	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常勤 ・ 非常勤	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常勤 ・ 非常勤	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出する区分ごとに、該当する部分全てに○印をつけること。
- 2 「2」は、5年以上の形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該保険医療機関での勤務期間、形成外科又は乳腺外科の経験年数及び研修修了登録の有無がわかるもの）を添付すること。

様式 50 の 5 の 2

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））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。）		科
2 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無（有・無）		
4 「3」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無（有・無）		

[記載上の注意]

- 「2」の医師の氏名、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。
- 「3」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 「4」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 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。

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p>・ 新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月）</p> <p>・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p>				
<p>2 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>				
<p>3 関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（1名以上）</p>				
常勤医師の氏名	整形外科の 経験年数	膝関節手術の 経験症例数	関節軟骨修復術 の経験症例数	所定の研修 修了年月
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「2」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」の常勤医師の氏名、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。
 - ・ 整形外科の常勤医師
 - ・ 整形外科の常勤医師のうち、整形外科の経験を5年以上有している医師
 - ・ 整形外科の常勤医師のうち、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として実施した経験を有する医師
 - ・ 整形外科の常勤医師のうち、所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師
 また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数、関節軟骨修復術又は膝関節手術の経験の有無及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 4 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。

様式 51

腫瘍脊椎骨全摘術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 常勤の整形外科の医師の氏名（2名以上）	
常勤医師の氏名	
3 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	脊椎手術の経験症例数
	例
	例
4 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	腫瘍脊椎骨全摘術の経験症例数
	例
	例
5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「3」の脊椎手術とは、「K 1 1 8」、「K 1 3 1－2」から「K 1 3 6」まで、「K 1 3 8」、「K 1 3 9」、「K 1 4 2」及び「K 1 4 2－2」に掲げる脊椎手術であること。
- 整形外科を担当する医師の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 常勤の整形外科の医師

- ・ 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
- ・ 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師

- 3 「3」及び「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 4 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。

頭蓋内腫瘍摘出術における脳腫瘍覚醒下マッピング加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 <div style="margin-top: 10px;"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） </div>			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">科</div>			
3 関係学会より認定された年月日 <div style="margin-left: 100px;">平成</div> <div style="margin-left: 20px;">年</div> <div style="margin-left: 20px;">月</div> <div style="margin-left: 20px;">日</div>			
4 脳神経外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	脳神経外科の 経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピング の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
5 麻酔科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	麻酔科の経験年数		所定の研修修了年月
	年		
	年		
6 頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数 <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">例</div>			

「記載上の注意」

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「4」及び「5」の常勤医師の氏名、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。
 - ・脳神経外科の常勤医師
 - ・脳神経外科の常勤医師のうち、脳神経外科の経験を5年以上有している医師

- ・脳神経外科の常勤医師のうち、5例以上の脳腫瘍覚醒下マッピングの経験を有している医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、脳神経外科の経験年数及び脳腫瘍覚醒下マッピングの経験の有無がわかるもの）を添付すること。

- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に3例以上、再度の届出の場合には実績期間内に5例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 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。

様式 51 の 3

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
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。）			科
2 脳神経外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名等	経験年数	所定の研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		
3 術中の病理検査が可能な体制	有 ・ 無		
4 病理部門の病理医の氏名			
5 合併症への対応の体制	有 ・ 無		
6 当該機器の使用管理区域	(概要)		
7 機器管理責任者の氏名等			
機器管理責任者の氏名	所定の研修修了年月日		

[記載上の注意]

- 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、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。
- 「2」及び「7」について、所定の研修修了証の写しを添付すること。ただし、「2」及び「7」は同一の者であってもよい。

[] 検査・手術症例一覽

[illegible]

**仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 { 大腸肛門疾患 下部尿路機能障害 } の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の氏名、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。

(便失禁に対して実施する場合)

- ・ 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
 - ・ 所定の研修を修了している大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、大腸肛門疾患の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

(過活動膀胱に対して実施する場合)

- ・ 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師
 - ・ 所定の研修を修了している下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、下部尿路機能障害の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

- 2 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。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）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 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
			例
			例
			例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）			例

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の形態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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・常勤の形成外科の医師
 - ・常勤の脳神経外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
 - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は
帯状角膜変性に係るものに限る。））の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 眼科の経験を 5 年以上有するとともに当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 （1 名以上、「2」と重複しても可）		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 3 眼科を担当する医師の氏名、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。

様式 54 の 3

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）		
		科
2 常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）	
	科	
	科	
	科	
	科	
	科	
3 眼科の経験を5年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の経験症例数
	年	例
	年	例

〔記載上の注意〕

- 「2」の医師の氏名、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。
- 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」の常勤医師の経歴（眼科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。

様式 54 の 4

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 （うち1名は5年以上の眼科の経験を有するもの）	
		年
		年
		年
3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の実施件数（合わせて 50 例以上）		例

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の常勤の眼科医師の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・眼科の常勤医師
 - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
- 2 「3」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

様式 54 の 5

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・ 新規届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
・ 再度の届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること）		
		科
3 眼科に係る10年以上の経験を有する、定められた手術を主たる術者として 1年に併せて30例以上行った常勤医師の氏名等（少なくとも1名）		
医師の氏名	経験年数	定められた手術の症例数
	年	例
	年	例
4 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧		
機器名（製品名）	保守管理の計画の有無	
	（有 ・ 無）	
	（有 ・ 無）	
	（有 ・ 無）	

〔記載上の注意〕

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」の定められた手術とは、「K277-2」、「K280」の「1」、「K280」の「2」又は「K281」に掲げる手術であること。
- 「3」に該当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 常勤の眼科の医師等の氏名（2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	経験年数 （2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名（1 名以上）			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10 例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤の眼科の医師及び「3」の常勤の麻酔科標榜医の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・眼科の常勤医師
 - ・麻酔科の常勤医師
 - ・10 年以上の眼科の経験を有する常勤医師
 - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、網膜再建術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の眼科（10 年以上の眼科の経験を有するものに限る。）の医師
- 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「4」及び「5」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 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。

様式 54 の 7

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）の施設基準に係る

届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型 （拡大副鼻腔手術）の症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 脳神経外科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
4 眼科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも1名は5年以上）		
	年		
	年		
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

〔記載上の注意〕

- 「2」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2」の耳鼻咽喉科の常勤医師、「3」の脳神経外科の常勤医師及び「4」の眼

科の常勤医師の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。

- ・耳鼻咽喉科の常勤医師
- ・脳神経外科の常勤医師
- ・眼科の常勤医師
- ・5 年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
- ・5 年以上の脳神経外科の経験を有する常勤医師
- ・5 年以上の眼科の経験を有する常勤医師
- ・5 例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤の医師

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。

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	経験年数 （うち1名は5年以上 の眼科の経験を有する もの）	水晶体再建術の 経験症例数	観血的緑内障手術 の経験症例数	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[記載上の注意]

- 「2」の常勤の眼科医師の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - 眼科の常勤医師
 - 5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
- 「2」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

人工中耳植込術
人工内耳植込術
植込型骨導補聴器移植術
植込型骨導補聴器交換術

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 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
3 内耳又は中耳に対する手術の実施数		
例		
4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名（2名以上）		
6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合		
連携医療機関の名称		
開設者名		
所在地		
耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名		

言語聴覚療法に専従する職員の氏名（２名以上）

[記載上の注意]

- １ 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- ２ 「３」は、新規届出の場合には実績期間内に１５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に３０例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式５２により添付すること。
- ３ 「４」及び「６」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「５」及び「６」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・５年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
 - ・１例以上の人工内耳植込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・言語聴覚療法に専従する職員
 - ・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員
- ４ 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。

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）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 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は 下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の医師の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 常勤の形成外科の医師
 - ・ 常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・ 当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・ 当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・ 上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・ 上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
- 2 「2」からについては当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

様式 56 の 2

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 乳がんセンチネルリンパ節加算 1（併用法） 2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）		
3 乳腺外科又は外科の経験を 5 年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳がんセンチネルリンパ節生検を 5 例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏 名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2 名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

〔記載上の注意〕

- 「2」の「2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）」のうち色素のみによるものを届け出る場合、「5」の記載は不要であること。
- 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、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。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 3

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、
下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
の施設基準に係る届出書添付書類

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）について合わせて5例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（1名以上）			
常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は 下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例

〔記載上の注意〕

- 1 歯科医師の氏名、勤務の形態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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・常勤歯科口腔外科の歯科医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
- 2 当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

様式 56 の 4

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書
 添付書類

1 届出する区分について（該当する部分に○印をつける） ・ 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 ・ 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>			
3 外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K461-2」、「K462-2」、「K463-2」又は「K464-2」の手術を術者として実施した経験を有する常勤の医師			
常勤医師の氏名	経験年数	区分番号「K461-2」、「K462-2」、又は「K464-2」の手術の術者としての経験症例数（合計）	区分番号「K463-2」の手術の術者としての経験症例数
4 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）			

[記載上の注意]

- 「1」については、届出する区分に○印をつけること。
- 「3」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。区分番号「K463-2」の手術の術者としての経験症例数については、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術の届出を行う場合に記載すること。
- 「3」の医師の氏名、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。
- 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。

様式 56 の 5

乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）
及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））の施設基準に係る
届出書添付書類

1 当該保険医療機関において 1 年間に実施した乳腺悪性腫瘍手術症例数				件
2 乳腺外科又は外科の経験を 5 年以上有しており乳輪温存乳房切除術を当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として 10 症例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏 名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
科				
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2 名以上）	診療科名	常勤医師の氏名		
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 病理部門の病理医氏名				

〔記載上の注意〕

- 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 乳腺外科又は外科を担当する医師の氏名、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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 6

肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸器外科の経験を 15 年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として 5 例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
診療科名	氏 名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
2 呼吸器内科の経験を 5 年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏 名		経験年数	
3 放射線科の経験を 5 年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏 名		経験年数	

〔記載上の注意〕

- 1 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 呼吸器外科、呼吸器内科及び放射線科を担当する医師の氏名、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。

様式 57

同種死体肺移植術
同種心移植術
同種心肺移植術
同種死体肝移植術
同種死体脾移植術
同種死体脾腎移植術
同種死体小腸移植術
同種死体腎移植術

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。

施 設 種 別
・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、脾臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (選定年月日： 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 施設種別欄において選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 2 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。

生体部分肺移植術の施設基準に係る届出書添付書類

[illegible]

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 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。

様式 58 の 2

内視鏡下筋層切開術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。）				
				科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数				
				例
3 常勤の医師				
常勤医師の氏名			診療科名	
<p>4 消化器内科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師。</p> <p>なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。</p>				
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数	
			早期悪性腫瘍 粘膜下層 剥離術	当該手術 （術者として）
			例	例（ 例）
			例	例（ 例）
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名				
6 緊急手術が可能な体制（有・無）				

〔記載上の注意〕

- 「2」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p> <p>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p>																							
<p>2 届出区分 （該当するものそれぞれに ○を付すこと。）</p>		<p>1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの</p> <p>2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの</p>																					
<p>3 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p> <p style="text-align: right;">科</p>																							
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>5 経皮的冠動脈形成術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>6 当該診療科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">医師の氏名</th> <th style="width: 25%;">診療科名</th> <th style="width: 25%;">勤務形態</th> <th style="width: 25%;">当該診療科の経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">常勤 ・ 非常勤</td> <td style="text-align: center;">年</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">常勤 ・ 非常勤</td> <td style="text-align: center;">年</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">常勤 ・ 非常勤</td> <td style="text-align: center;">年</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">常勤 ・ 非常勤</td> <td style="text-align: center;">年</td> </tr> </tbody> </table>				医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数			常勤 ・ 非常勤	年			常勤 ・ 非常勤	年			常勤 ・ 非常勤	年			常勤 ・ 非常勤	年
医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数																				
		常勤 ・ 非常勤	年																				
		常勤 ・ 非常勤	年																				
		常勤 ・ 非常勤	年																				
		常勤 ・ 非常勤	年																				

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「5」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が15例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が100例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が30例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が200例以上が必要であること。また、開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「6」は、次の従事者について記載すること。
 - ・5年以上の循環器科の経験を有する医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 4 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。

経カテーテル大動脈弁置換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間	年	月～ 年 月）
・再度の届出（実績期間	年	月～ 年 月）
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
3 緊急開心・胸部大動脈手術の実施症例数		例
4 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む。）の実施症例数		例
大動脈に対するステントグラフト内挿術		例
5 冠動脈に関する血管内治療（P C I）の実施症例数		例
6 経食道心エコー検査の実施症例数		例
7 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年

〔記載上の注意〕

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が10例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が5例以上、再度の届出の場合には実

績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。

4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に冠動脈に関する血管内治療が 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。

5 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。

6 「7」の常勤医師の氏名、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。

7 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。

胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
・ 再度の届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	科
	科
	科
	科
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名	
5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等	
常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例
6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数	
(1) 3 年間に於ける直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上)	例
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 (経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)	例
7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)	

〔記載上の注意〕

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 「3」の医師の氏名、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。
- 「5」及び「6」については当該手術症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「5」について、当該常勤医師の経歴 (心臓血管外科の経験年数がわかるもの) を添付すること。

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・ 新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数			例
4 循環器科の常勤医師の 氏名等（2名以上）	医師の氏名	経験年数	不整脈について 5年以上の経験
		年	有 ・ 無
		年	有 ・ 無
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 常勤の臨床工学技士の氏名			
7 緊急手術が可能な体制（ 有 ・ 無 ）			
8 保守管理の計画（ 有 ・ 無 ）			

〔記載上の注意〕

- 1 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 「4」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 5 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。

経皮的中心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・新規届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
3 当該診療科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年
4 臨床工学技士の氏名（１名以上）			
5 連携医療機関			
医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む。）	
6 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数			
例			

「記載上の注意」

- 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 「３」は次の医師について記載すること。
 - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 「５」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。

- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 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。

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・ 新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの	例 例	
4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数	例 例	
5 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数	例	
6 当該診療科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称）（承認/認証番号）		
<input type="checkbox"/> 血液学的検査		
<input type="checkbox"/> 生化学的検査		
<input type="checkbox"/> 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「6」の常勤医師の氏名、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。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 6 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。

植込型除細動器移植術 及び
植込型除細動器交換術

経静脈電極拔去術

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出 （実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 当該診療科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認/認証番号)		
(1) 血液学的検査		
(2) 生化学的検査		
(3) 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、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。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している常勤医師また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 5 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。

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
3 心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認/認証番号)		
(1) 血液学的検査		
(2) 生化学的検査		
(3) 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、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。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 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。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p> <p>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p>																							
<p>2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p> <p style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>4 心臓血管外科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名等</th> <th style="width: 33%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">補助人工心臓の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例
常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> （一般的名称） （承認/認証番号） </div> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																							

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の氏名、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。
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 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。

様式 64 の 2

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2	心臓血管手術の実施症例数	例
3	18 歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数	例
4	過去 5 年間ににおける 11 歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数	例
5 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
6 小児循環器科の医師の氏名等		
医師の氏名	小児循環器科の経験年数	
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
7 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ		
ウェブページの名前		
ウェブページの URL	http://	

〔記載上の注意〕

- 「2」は実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「3」は実績期間内に 50 例以上が必要であること。
- 「4」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「5」及び「6」の医師の氏名、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医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - 心臓血管外科の常勤医師

- ・ 心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
- ・ 心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師
- ・ 小児循環器科の医師
- ・ 小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数並びに心臓血管外科の常勤医師については機械的循環補助所定の経験の有無が分かるもの）を添付すること。

- 5 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。
- 6 届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>			
3 開心術の実施症例数 例			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 例 うち過去3年間の経験症例数 例 うち90日以上連続した補助を行った症例数 例			
5 関係学会より選定された年月日 平成 年 月 日			
6 心臓血管外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称） （承認/認証番号） <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断			
8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 （ 有 ・ 無 ） 補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無 （ 有 ・ 無 ）			
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無 （ 有 ・ 無 ）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」の常勤医師の氏名、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。
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 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。

様式 65 の 3 の 2

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出 有 ・ 無 又は 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設 該当 ・ 非該当 （該当する場合は当該届出のある連携施設の名称を記載： ）		
2 細胞を培養する設備について（該当するものに○を付すこと。） ・ 医薬品医療機器等法に基づく基準に則ったもの ・ 再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの		
3 循環器内科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	循環器内科の経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
4 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
5 心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称		
6 「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設 基準への該当性 該当 ・ 非該当		

〔記載上の注意〕

- 「3」及び「4」の医師の氏名、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医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 循環器内科の常勤医師
 - ・ 循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
 - ・ 心臓血管外科の医師
 - ・ 心臓血管外科の医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 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。
- 届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

様式 65 の 4

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 																			
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																			
<p>3 血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>常勤医師の氏名</th> <th>経験年数</th> <th>診療科名</th> <th>当該療法の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年</td> <td>科</td> <td>例</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> <td>科</td> <td>例</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> <td>科</td> <td>例</td> </tr> </tbody> </table>				常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数		年	科	例		年	科	例		年	科	例
常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数																
	年	科	例																
	年	科	例																
	年	科	例																
<p>4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (合計)</p> <p style="text-align: right;">例</p> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術) ・ 大伏在静脈抜去術 ・ 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ・ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 </div>																			

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」の医師の氏名、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。
- 「3」については当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 当該常勤医師の経歴(血管外科又は心臓血管外科の経験年数がわかるもの)を添付すること。

様式 65 の 5

- ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- ・腹腔鏡下小切開腎摘出術
- ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

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 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）	
<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開腎摘出術 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
常勤医師の氏名	2 に示す手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）	
常勤医師の氏名	当該手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）	
例	

〔記載上の注意〕

- 1 「2」及び「3」の医師の氏名、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、「2」又は「3」のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。（「2」及び「3」のいずれにも該当する場合は、その旨記載すること。）
- 2 「2」から「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	例
	科	年	例
	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数			
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術			
例			
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		診療科名（当該手術を担当する科名）	
		科	
		科	
		科	
		科	
6 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
8 常勤の管理栄養士の氏名			
9 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率			
（有 ・ 無）（割 分）			

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。

- 2 「3」の医師の氏名、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。
- 3 「3」及び「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「3」及び「6」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 65 の 7

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数 件	
2 外科又は消化器外科について 5 年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等	
氏名	経験年数

〔記載上の注意〕

- 1 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

体外衝撃波胆石破砕術
体外衝撃波膵石破砕術
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

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)			
当該診療科の医師の氏名等						
常勤医師の氏名	胆石症に関する		膵石に関する		腎・尿管結石に関する	
	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
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 名 その他 () 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						
検 査	一般的名称		承認番号		台 数	
生 化 学 的 検 査						
血 液 学 的 検 査						
微 生 物 学 的 検 査						
画 像 診 断						
内視鏡的治療が可能な体制			有 ・ 無			

〔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。
 - ・体外衝撃波胆石破碎術を担当する医師
 - ・胆石治療に関し、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
 - ・体外衝撃波・尿管結石破碎術を担当する医師
 - ・腎・尿管結石の治療に関し、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
 - ・体外衝撃波膀胱石破碎術を担当する医師
 - ・膀胱石治療に関し、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また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 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。
- 4 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。
- 5 「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膀胱石破碎術を届け出る場合に記載すること。

様式 66 の 2

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1. 腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出の区分

(該当するものにそれぞれに○を付すこと。)

() 部分切除及び外側区域切除

() 亜区域切除、1 区域切除 (外側区域切除を除く。)、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの

2. 当該療養に係る医療機関の体制状況等

1 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数		例
3 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数		例
4 腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	経験症例数 (少なくとも10例以上)	
5 消化器外科の常勤医師の氏名等 (3名以上)		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	

6 麻酔科標榜医の氏名	
7 病理部門の病理医氏名	
8 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無
9 学会との連携体制	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」、「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「4」については、亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く。）、2区域切除及び3区域切除以上のものに係る届け出を行う場合のみ記載すること。
- 3 消化器外科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 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。

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

[illegible]

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて5例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて10例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 4 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。
- 5 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。

様式 67 の 2

腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の

施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膵臓手術症例数		例
3 消化器外科の常勤医師の氏名等（3 名以上）		
常勤医師の氏名		経験年数 (少なくとも 1 名は 5 年以上)
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 消化器外科を担当する医師の氏名、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。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

様式 67 の 2 の 2

腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膵臓に係る手術症例数 (「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、 「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数)			例
2 1のうち、膵頭十二指腸切除術症例数			例
3 当該保険医療機関において 1 年間に実施した腹腔鏡手術症例数			例
4 当該保険医療機関において 1 年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術 症例数 (腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数)			例
5 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上 の経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸 切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切 除術の経験症例数	
	例		例
	例		例
6 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
7 病理部門の病理医氏名			
8 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等 (5 名以上)			
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも 1 名は15年以上)		

9 学会との連携体制	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 1 「1」、「2」、「3」、「4」及び「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

様式 67 の 3

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 当該保険医療機関において 1 年間に実施した粘膜下層剥離術症例数		例	
3 消化管内視鏡手術について 5 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	氏 名	経験年数	
		年	
		年	
		年	
4 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「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。
- 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。

様式 68 の 2

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
2 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏 名	経験年数 （少なくとも 2 人は 5 年以上）
	年
	年
	年
3 当該療養を担当する医師の常時待機	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 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。

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 科
3 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経験 を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の 経験症例数
		年	例
		年	例
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。

なお、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また当該症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p>・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</p> <p>・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</p>			
<p>2 標榜診療科 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">科</p>			
<p>3 腎尿路系手術 (K 7 5 7 から K 8 2 3 - 2 まで) の実施数</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">例</p>			
<p>4 生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等 (2 名以上)</p>			
常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」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。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 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。

様式 69 の 2

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 泌尿器科の経験を5年以上有するとともに膀胱水圧拡張術を術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏 名		経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名			
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

〔記載上の注意〕

- 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

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 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）	例	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも1名は5年以上）	
	年	
	年	
	年	
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

様式 69 の 4

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
2 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏 名	経験年数 （少なくとも 1 人は 5 年以上）
	年
	年
	年
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 3 当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 5

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における区分番号「K803の2」から「K803の5」まで、「K803-2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は「K803-3」に掲げる手術の実施症例数（合計） <div style="text-align: center;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科 科 科</div>		
5 泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について5年以上の経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

焦点式高エネルギー超音波療法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 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	年	例
	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）		
例		

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、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、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・当該手術について5例以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
・ 再度の届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
2 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏名	経験年数
	年
	年
	年
4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等 (1 名以上)	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関において 1 年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数 (10 例以上)	
例	
6 病理部門の病理医氏名	
7 緊急手術が可能な体制	有・無

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「4」及び「5」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 4 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。

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の 経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
5 麻酔科標榜医の氏名		
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

〔記載上の注意〕

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

様式 71 の 1 の 3

腹腔鏡下仙骨脛固定術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。）		
科		
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数		
例		
3 産婦人科又は泌尿器科について 5 年以上の経験を有し、当該療養を術者として 5 例以上の経験を有する医師		
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の術者としての 経験症例数
4 常勤医師の氏名等（2 名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）	
5 麻酔科標榜医の氏名		
6 緊急手術が可能な体制		
（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別			
子宮体がん		子宮頸がん	
・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 産婦人科又は婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等 なお、経験症例数については、以下の例による。 (1) 開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K879」）(20例以上) (2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）(20例以上) (3) 当該手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。） (術者として5例以上) (4) 当該手術（子宮頸がんに限る。）(術者として3例以上)			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例

4 常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名	
麻酔科標榜医の氏名	
病理医の氏名	
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K 8 7 9」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「K 8 7 9－2（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>	
7 緊急手術が可能な体制 <div style="text-align: right;">（ 有 ・ 無 ）</div>	

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「3」及び「4」の医師の氏名、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。

様式 71 の 3

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る

届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜		有 ・ 無		
3 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師				
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数	
4 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		
5 緊急帝王切開に対応できる体制及び「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出		緊急帝王切開に対応できる体制	有 ・ 無	
		「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出	有 ・ 無	
6 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。		有 ・ 無		

〔記載上の注意〕

- 「2」については、医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。
- 「4」について、「無」の場合は「5」を記載すること。
- 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。
- 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。

様式 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント術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。）				科
2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	診療科	経験年数	胎児胸水症例の経験	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無		
4 緊急帝王切開に対応できる体制		有 ・ 無		
新生児特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		

〔記載上の注意〕

- 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、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。
- 「2」の胎児胸水症例の経験は、手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

様式 71 の 5

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における子宮悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div> そのうち、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科 科 科</div>		
5 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等		
氏 名		
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況		
日勤 名、 当直 名		
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況		
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
あり ・ なし		
7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況		
年間開催回数	回 / 年	
取組内容		
8 輸血に係る副作用監視体制		
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない	
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない	
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況		
遵守している ・ 遵守していない		
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況		
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比 (② - ③/2) / ① =		
アルブミン/MAP比 (④ - ⑤) / ① =		
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師の氏名		
12 自己血輸血に関する常勤の看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「7」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 3 「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液 1 単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。
- 4 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。
- 5 「12」について自己血輸血に関する常勤看護師の認定証の写しを添付すること。

自己生体組織接着剤作成術
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名	
2 輸血部門における専任の常勤臨床検査技師の氏名等	
氏 名	
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
3 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	
4 関連学会から示されているガイドラインの遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	

〔記載上の注意〕

「2」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名	
2 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等	
氏 名	急性期患者の看護に従事した年数
	年
	年
	年

[記載上の注意]

- 1 「1」の人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等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。

凍結保存同種組織加算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。）					科 科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 （うち術者として）	
		年	年	例 （例）	
		年	年	例 （例）	
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）					
常勤医師の氏名		経験年数			
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 臨床検査技師の氏名					
7 緊急手術が可能な体制					
(有・無)					
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無					
(有・無)					
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無					
(有・無)					

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 6 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。

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数：_____床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療として行われていた「インプラント義歯」に係る経験年数を含む。）によるものとする。

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 設置機器名

一般的名称	概 要	
K T P レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ネオジミウム・ ヤグレーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
色素レーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。

麻酔管理料に係る届出書添付書類

[illegible]

4 非常勤の麻酔科標榜医（週3日以上かつ24時間以上勤務する医師に限る。）

氏 名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書	
	許 可 年 月 日	登 録 番 号

[記載上の注意]

- 1 麻酔管理料（Ⅰ）及び麻酔管理料（Ⅱ）の双方を届出する場合は、届出区分にそれぞれ○を付すこと。
- 2 麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記載すること。
- 3 「4」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせて配置している場合にのみ、当該非常勤医師について記載すること。

放射線治療専任加算

外来放射線治療加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目を○で囲むこと。

1 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
2 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
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療 装置	
X線あるいはCTを 用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無 （ 有 ・ 無 ） ※ 外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

〔記載上の注意〕

- 「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」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。

様式 76 の 2

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

放射線治療を行う保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称		
2 放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師		
常勤の技師の氏名	経験年数	専ら担当する者に○を付ける
3 当該治療を行うために必要な装置の一覧		
装置	名称等	
①直線加速器		
②治療計画用ＣＴ装置及び三次元放射線治療計画システム		
③セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム		
4 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療医と常時連絡がとれる体制にあること	有 ・ 無	
5 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無	

放射線治療を支援する保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 放射線治療を専ら担当する常勤の医師等	
常勤の医師の氏名	経験年数
照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名	経験年数
3 セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム	(名称等)
4 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 放射線治療を行う保険医療機関及び放射線治療を支援する保険医療機関ともに当該届出が必要であること。
- 2 放射線治療を行う保険医療機関として届け出を行う場合は、第三者機関による直線加速器の出力線量の評価を行った書類の写しを添付すること。
- 3 放射線治療を支援する保険医療機関として届け出を行う場合は、遠隔放射線治療の実施に係る記録を添付すること。

高エネルギー放射線治療

1 回線量増加加算

(全乳房照射・前立腺照射)

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 当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	症例数 例
2 小児入院医療管理料 1 の届出の有無	有 ・ 無
3 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 年
4 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 年
5 強度変調放射線治療（IMRT）を実施した年間の症例数	例
画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）を実施した年間の症例数	例

[記載上の注意]

- 1 症例数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 高エネルギー放射線の症例数は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。
- 3 「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。
- 4 「4」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。
- 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「1」及び「2」を、1 回線量増加加算（全乳房照射を行う場合）の届出を行う場合にあっては「1」、「3」及び「4」までを、1 回線量増加加算（前立腺照射を行う場合）の届出を行う場合にあっては、「1」、「3」、「4」及び「5」を記載すること。

強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数	
例	
7 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等	
・直線加速器（名称） ・治療計画用CT装置（名称） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称） ・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（名称） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）	

[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(当該保険医療機関での勤務期間、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。

様式 78 の 2

画像誘導放射線及び画像誘導密封小線源治療加算の
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 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名	
6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
① ２方向以上の透視が可能な装置	
② 画像照合可能な超音波診断装置	
③ 画像照合可能なＣＴ装置	
④ 体表面の位置情報で照合可能な装置	
⑤ 骨構造の位置情報で照合可能な装置	
⑥ 腫瘍の位置情報で照合可能な装置	
⑦ 画像照合可能なＭＲＩ装置	
⑧ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑨ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

[記載上の注意]

- 1 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び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。
- 2 「5」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することとして、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 「6」については、画像誘導放射線治療加算の場合は、①～⑥について記入すること（④～⑥はいずれか1つの記入でも可とする）。
- 4 「6」については、画像誘導密封小線源治療加算の場合は、③及び⑦～⑨について記入すること（③、⑦についてはいずれかで1つのみでも可とする）。

様式 78 の 3

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)		1 体外照射呼吸性移動対策加算 2 定位放射線治療・動体追尾法 3 定位放射線治療・その他のもの	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名 (動体追尾法にあつては2名以上)		経験年数	
		年	
		年	
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等			
常勤診療放射線技師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
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の一覧 (製品名等)			
照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置			
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置			

[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。

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〕

- 「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」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。
- 「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 1 の 2

粒子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。）			科
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師（2名以上）			
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線 治療の経験年数	
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
3 常勤診療放射線技師の氏名			
4 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
氏 名		職 種	
5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数			
		重粒子線治療 陽子線治療	例 例
6 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
・ 粒子線治療装置 （名称 ）			
・ 治療計画用 C T 装置 （名称 ）			
・ 粒子線治療計画システム （名称 ）			
・ 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 （名称 ）			
・ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム （名称 ）			

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（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。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
 - ・放射線治療の経験を10年以上
 - ・重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上（※）※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 2 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び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。
- 3 当該医療機関における粒子線治療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。
- 4 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療に専従の常勤医師（５年以上の経験を有する者が２名以上）	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
2 常勤診療放射線技師（３名以上で、かつ治療室１室につき２名以上）	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名	
4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名	
5 粒子線治療に係るカンサーボードの有無	
有 ・ 無	
6 がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに係る連携の有無	
有 ・ 無	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称) ・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称) ・ ２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称) 	

[記載上の注意]

※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。

- 1 「1」から「4」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- 2 「1」及び「2」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 3 「5」の粒子線治療に係るカンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、カンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。

具体的には、月に 1 回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する 3 分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。

- 4 「6」については、がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分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

標本等の送付・送信側（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 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等	
① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師）	
検査技師の氏名	経験年数
② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合	
主たる衛生検査所名	
当該衛生検査所への年間委託件数	件
3 デジタル病理画像の作成・送信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

標本等の受取・受信側（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 病理診断管理加算又は口腔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）	
口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）	
① 病院の場合	
・ 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
② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合	
保険医療機関指定年月日 年 月 日	
4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等	
常勤の医師の氏名	経験年数

<p>5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項 (衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入)</p>			
①	標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数	_____	件
②	①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数	_____	件
③	②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)		
	(名称)	(作製数)	_____ 件
	(名称)	(作製数)	_____ 件
	(名称)	(作製数)	_____ 件
④	同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合＝ (③のうち最大のもの／②) × 100＝		<div style="display: inline-block; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> %

<p>6 デジタル病理画像による病理診断の届出状況 デジタル病理画像による病理診断 (年 月 日)</p>	
---	--

[記載上の注意]

- 1 標本等の送付・送信側及び標本等の受取・受信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、標本等の送付・送信側の保険医療機関の届出書については、標本等の受取・受信側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本等の送付・送信側の届出にあつては、常勤の医師又は歯科医師の経歴(病理診断の経験、勤務状況がわかるもの)を添付すること。
- 3 標本等の送付・送信側における「3」および標本等の受取・受信側における「6」については、デジタル病理画像の送受信を行わない場合は、記載しなくてよいこと。

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
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

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
による迅速細胞診

- 1 届出区分（該当する届出区分に○をする）
- （ ） 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
- （ ） 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

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又は歯科医師の氏名

- 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」の常勤医師又は歯科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。
- 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製と保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の両方を届出の場合は、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
 悪性腫瘍病理組織標本加算
 デジタル病理画像による病理診断

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医師の氏名等			
医師の氏名	経年数	常勤・非常勤	医療機関勤務
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>
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 (C P C : 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
4 デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧 (製品名等)			

[記載上の注意]

- 1 「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。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

- 2 「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 「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。
- 4 「3」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「4」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

{

 口腔病理診断管理加算 1
 口腔病理診断管理加算 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 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等			
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	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（C P C : 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 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は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 「2」の剖検については届出前1年間の件数、口腔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 「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。
- 4 口腔病理診断管理加算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）

☐ 昭和

☐ 平成

_____年

_____月

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

障害者総合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	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	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:		

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」)
2 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く) 指定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合) <input type="checkbox"/> 調剤基本料の区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
3 病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無 (特別な関係を有する病院名 :)		
ア 病院との不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
イ 病院が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
エ 病院による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
4 所属するグループ名とグループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数の合計	所属するグループ名 ()	
	1 月当たりの処方箋受付回数の合計 (①) (回)	
5 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間 : 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間②)		
ア 全処方箋受付回数 (③)	回	
イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数 (④)	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 集中度 (④/③) (%) (⑤)	%	
オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数 (⑥)	施設	
カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計 (⑦)	回	

キ 同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数（⑧）	施設
ク ⑧に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数の合計（⑨）	回
ケ ④と⑨を合計した処方箋受付回数（⑩）	回
7 調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	<input type="checkbox"/> あり （様式87の2の添付必要） <input type="checkbox"/> なし

（参考）調剤基本料の注3の減算への該当性

8 前年4月1日から9月末日までの妥結率（⑪）	%
9 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況等の報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
10 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
11 調剤基本料の注3の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

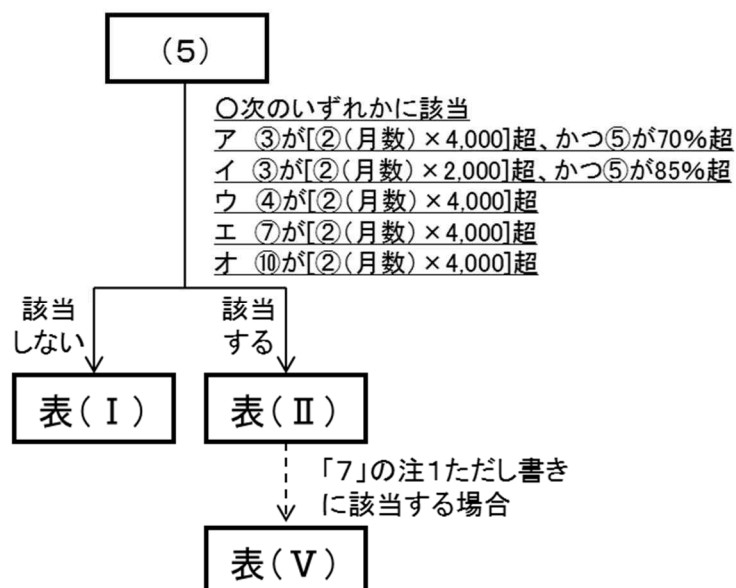
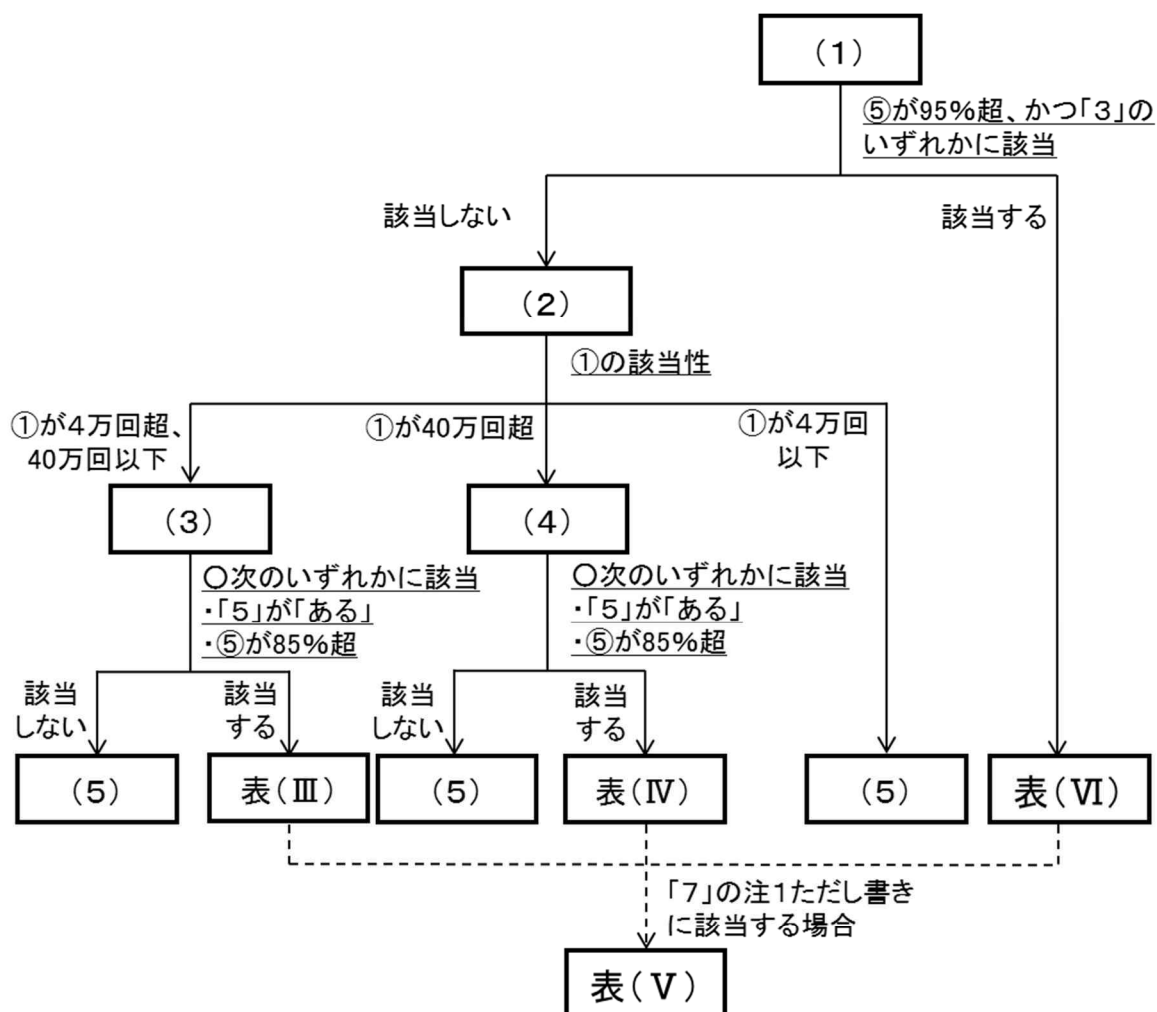
（参考）調剤基本料の注6の減算への該当性（③が〔（②）月数×600〕を超える場合のみ記載）

12 後発医薬品調剤割合が20%以下である（処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く）への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
13 後発医薬品調剤割合に係る報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
14 調剤基本料の注6の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

（参考）薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------------	--

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。



- (1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → 表中(Ⅵ)へ
該当しない → (2)へ
- (2) (①)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ
(①)が40万回を超えている → (4)へ
該当しない → (5)へ
- (3) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅲ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (4) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅳ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (5) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅱ)へ
ア (③)が[(②)(月数)×4,000]を超えており、かつ、(⑤)が70%を超えている
イ (③)が[(②)(月数)×2,000]を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている
ウ (④)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
エ (⑦)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
オ (⑩)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
該当しない → 表中(Ⅰ)へ
- (6) 表中(Ⅱ)～(Ⅳ)又は(Ⅵ)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する
→ 表中(Ⅴ)へ

(Ⅰ)	調剤基本料1
(Ⅱ)	調剤基本料2
(Ⅲ)	調剤基本料3－イ
(Ⅳ)	調剤基本料3－ロ
(Ⅴ)	調剤基本料1（注1ただし書き）
(Ⅵ)	特別調剤基本料

[添付の必要がある資料]

「3」の特別な関係にある病院名と「6」の主たる保険医療機関名が同一であり、⑤が95%を超える保険薬局については、以下の資料を添付する。

- 1 保険薬局が利用している不動産の登記簿の写し
- 2 保険薬局が、保険医療機関と不動産取引、保険薬局の設備の貸与その他の契約を締結している場合には、当該契約書の写し（保険医療機関の公募要項が存在する場合は当該公募要項を含む。）等の当該契約内容が分かる資料
- 3 保険薬局が、病院に会議室等の設備を貸与している場合には、その貸与に係る状況が分かる資料

[記載上の注意]

- 1 「2」については、新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
イ 平成28年10月以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋
ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋
- 8 ⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。
- 9 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 10 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 11 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 12 「11」については、「8」が50%以下又は「9」若しくは「10」のいずれかが「あり」の場合に「あり」とする。
- 13 「12」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 14 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 <div style="text-align: right;">(②／①) %</div>	%

2. 単品単価契約率

卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②の再掲)	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率 <div style="text-align: right;">(③／②) %</div>	%

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

取引卸売販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

〔記載上の注意〕

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 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。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第2位を切り捨てて計算すること。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 8 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

**「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」
及び「調剤基本料の注6に係る報告書」**

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 (カットオフ値50%以上かつ新指標75%以上) <input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上) <input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 3 (カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上)
調剤基本料の「注6」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性 (該当する場合に○を付す)	<input type="checkbox"/> 該当しない(新指標20%超) <input type="checkbox"/> 該当する(新指標20%以下) → <input type="checkbox"/> 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

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)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

以下は、新指標の割合が20%以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合(小数点以下四捨五入)が50%以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月： 年 月	
直近1か月間における処方箋受付回数 (①)	回
直近1か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数 (②)	回

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、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第●号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注 6」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書

1 基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）の別表第 6 の 2 に所在する保険薬局である		<input type="checkbox"/>
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 （ ヶ月間）		
ア 1 月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名	許可病床数（病院のみ記載）	
(1)	床	
(2)	床	
(3)	床	
(4)	床	
(5)	床	
(6)	床	
(7)	床	
(8)	床	
(9)	床	
(10)	床	
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）」の別添 3 の別紙 2 を参照すること。
- 「2」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係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局 における調剤基本 料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」)

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

2 麻薬小売業者免許証の番号	
3 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) 期間: 年 月 ~ 年 月	
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数: 回 <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数: 回 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) 算定回数: 回 </div>	
4 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出	□あり

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
7 開局時間	
8 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	
9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
10 備蓄品目数	品目
11 全処方箋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)	回
・主たる医療機関の処方箋受付回数 (②)	回
・集中度 (②/①) (%)	%
12 後発医薬品の調剤割合	%

13 管理薬剤師		
・氏名		
・薬局勤務経験年数		年
・週あたりの勤務時間		時間
・在籍年数		年
14 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局		
	①	②
・名称		
・所在地		
15 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)		
(1) 担当者が固定している場合		
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 (主な担当者を記載することで差し支えない。)		
・担当薬剤師名：		
・連絡先：		
16 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		
17 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法		
18 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について		
19 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無		<input type="checkbox"/> あり

[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、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの 1 つに○を付し、様式 84 の「調剤基本料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。また、調剤基本料 1 以外の薬局については、様式 87 の 3 の 2 についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」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 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」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。
- 9 「12」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の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の 1 週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在

籍期間を記載すること。

- 11 「16」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。
- 12 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 調剤基本料1を算定する保険薬局は様式90の「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料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。
- 14 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 15 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 16 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 各基準の算定回数 (1 年間)		
期間: 年 月 ~ 年 月		
基準 (薬剤師一人当たり)	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)	回	回
(2) 麻薬管理指導加算 (10 回/人)	回	回
(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/人)	回	回
(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	回	回
(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料 (60 回/人)	回	回

[記載上の注意]

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態 (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。
- 「1」の、「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
 - 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)
 32 (時間/週) × 13 (週/3 月)

- 「1」の、②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 「2」の各基準の範囲は以下のとおり。
 - ①時間外等加算: 「区分番号 01」の「注 4」
 - ②夜間・休日等加算: 「区分番号 01」の「注 5」
 - ③麻薬管理指導加算: 「区分番号 10」の「注 3」、「区分番号 13 の 2」の「注 2」、「区分番号 15」の「注 2」、「区分番号 15 の 2」の「注 2」、「区分番号 15 の 3」の「注 2」、

- 介護保険における居宅療養管理指導費の「注2」、介護予防居宅療養管理指導費の「注2」
- (3) ①重複投薬・相互作用等防止加算：「区分番号10」の「注4」、「区分番号13の2」の「注3」
- ②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：「区分番号15の6」
- (4) ①かかりつけ薬剤師指導料：「区分番号13の2」
- ②かかりつけ薬剤師包括管理料：「区分番号13の3」
- (5) 外来服薬支援料：「区分番号14の2」
- (6) 服用薬剤調整支援料：「区分番号14の3」
- (7) 以下における、単一建物診療患者に対する算定実績
- ①在宅患者訪問薬剤管理指導料：「区分番号15」
- ②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料：「区分番号15の2」
- ③在宅患者緊急時等共同指導料：「区分番号15の3」
- ④介護保険における居宅療養管理指導費
- ⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
- (8) 服薬情報等提供料：「区分番号15の5」
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて届け出ること。

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 (いずれかに○を付す)	()	慢性維持透析を行った場合 1
	()	慢性維持透析を行った場合 2

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出 <input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度改定に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)		
上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計 (①)		台
上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数の合計 (②)		人
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 (②/①) (③)		
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。 (1) ①が 26 台未満→慢性維持透析を行った場合 1 ①が 26 台以上→(2)へ (2) ③が 3.5 未満→慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満→慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

- 1 「１」については、平成 30 年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「平成 30 年度改定に伴う届出」に「レ」を記入すること。
- 2 「２」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
 - ア 透析室に配置されていること
 - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 3 「２」の②については、①が 26 台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 4 「２」の②については、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の「１」から「３」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が５回以下の患者を除いて求めること。
- 5 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 6 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 7 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

様式 87 の 5

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
の施設基準に係る届出書添付書類

1 耳鼻咽喉科の経験を有する常勤の医師	
常勤医師の氏名	経験年数
2 「1」のうち、20 例以上の喉頭形成手術の経験を有し、関係学会による手術講習会を受講した医師の氏名	
3 音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 3 「2」については、関係学会による手術講習会の受講の有無が分かる書類の写しを添付すること。

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師	
常勤医師の氏名	経験年数
3 日本組織移植学会の認定する組織バンクとの契約の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、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。
- 2 「2」の医師が関連学会の主催する講習会を受講したことを証明する書類を添付すること。
- 3 「3」について、当該組織バンクと適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。

様式 87 の 7

後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
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 脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師の氏名等（1 名以上）		
医師の氏名	脊椎又は脊髄に係る手術の経験症例数	後縦靱帯骨化症に係る手術の経験症例数
	例	例
	例	例
3 整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数
		年
		年
4 顕微鏡下に手術が実施できる体制 有 ・ 無		
5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 「2」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「2」及び「3」については、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師
 - ・整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師
- 「3」の常勤医師の経歴（整形外科又は脳神経外科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

様式 87 の 8

胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術 若しくは胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術又は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（全て内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限り）を術者として合計5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における縦隔腫瘍に係る手術の実施症例数		
例 そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数 例		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科 科		
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有 ・ 無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p> <p style="text-align: right;">科</p>
<p>2 消化器外科の医師の氏名（１名以上）</p>
<p>3 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）</p>

[記載上の注意]

- 1 「２」の医師の氏名、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。
- 2 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。

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div> そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科 科 科</div>		
5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 （ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添２の様式５２により添付すること。
- 3 「３」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式５２により添付すること。
- 4 「５」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

胸腔鏡下弁形成術
 胸腔鏡下弁置換術
 胸腔鏡下弁形成術
 （内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における体外循環を使用する手術の実施症例数		
		例
そのうち、心臓弁膜症手術の実施症例数		例
4 心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
5 当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の実施症例数		
		例
6 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科 科
7 心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について5年以上の経験を有する者	常勤医師の氏名	経験年数

が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上)		年
		年
		年
8 経食道心エコーの実施症例数 (例)		
9 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)		
10 常勤の臨床工学技士の氏名(体外循環の操作を30例以上実施した経験を有する者が1名以上)		
11 保守管理の計画 (有 ・ 無)		

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術を届け出る場合にあっては、「2」、「5」、「9」及び「11」は記載する必要がないこと。また、「3」又は「4」は、当該施設基準を満たすものとして、いずれか一方を記載すればよいこと。
- 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)を届け出る場合にあっては、「4」は記載する必要がないこと。
- 「2」及び「4」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」、「5」及び「8」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「7」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 「10」について、当該技師のうち1名以上について、手術における体外循環の操作を実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「11」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)			
・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
			科
3 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数			例
4 経食道心エコー検査の年間実施症例数			例
5 当該診療科の医師の氏名等			
医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	心血管インターベンションに関する経験年数
	科	年	年
	科	年	年
	科	年	年
	科	年	年
	科	年	年
	科	年	年

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」については経食道心エコー検査は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「5」の医師の氏名、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。

様式 87 の 13

経皮的循環補助法

経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）

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		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 心臓血管手術の実施症例数		例
3 過去3年間における経皮的冠動脈形成術の実施症例数		例
4 過去3年間における大動脈バルーンパンピング法の実施症例数		例
5 過去3年間における経皮的心肺補助法の実施症例数		例
6 心臓血管外科の医師の氏名等		
医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	
	年	
	年	
7 循環器内科の医師の氏名等		
医師の氏名	循環器内科の経験年数	
	年	
	年	
以下、小児を対象とする場合には記載すること。		
8 過去5年間における11歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数		例
9 「2」のうち、18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数		例
10 小児循環器の医師の氏名等		
医師の氏名	小児循環器科の経験年数	
	年	
	年	

〔記載上の注意〕

1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであ

ること。

- 2 「2」は実績期間内に100例以上が必要であること。小児を対象とする場合は実績期間内に18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数が50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」は実績期間内に300例以上が必要であること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 4 「4」は実績期間内に30例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 5 「5」は実績期間内に20例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 6 「6」、「7」及び「9」の医師の氏名、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医師であるかについて備考欄に記載すること。ただし、小児を対象とする場合は「6」及び「7」は必須ではない。
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 - ・循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
 - ・小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師
- 7 小児施設の場合、「8」は11歳未満の症例に対する機械的循環補助の実施症例数が5年間で3例以上が必要であること。

様式 87 の 14

腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

※届出する事項を○で囲むこと。

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として合わせて10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数
	例	例	例
	例	例	例
3 当該医療機関における胃悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			
例 そのうち、腹腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数			
例			
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科 科 科 科			
5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数	
		年	
		年	
		年	

6	緊急手術が可能な体制	(有 ・ 無)
7	常勤の臨床工学技士の氏名	
8	保守管理の計画	(有 ・ 無)

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

バルーン閉塞下経静脈的塞栓術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。）		
科		
2 バルーン閉塞下経静脈的塞栓術を術者として合わせて 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	術者としての経験症例数	
3 内科又は消化器内科の 5 年以上の経験及び消化管内視鏡検査について 5 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	内科又は消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
4 放射線科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	放射線科の経験年数	
3 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）		

〔記載上の注意〕

- 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「2、3、4」の医師の氏名、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。
- 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。

腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出	(実績期間 年 月 ~ 年 月)
・ 再度の届出	(実績期間 年 月 ~ 年 月)
2 当該療養を 5 例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 (1 名以上)	
常勤医師の氏名	経験症例数
	例
	例
3 当該保険医療機関における胆道閉鎖症に係る手術 (区分番号「K 6 8 4」又は「K 6 8 4 - 2」) の年間実施症例数	
例	
4 当該保険医療機関における腹腔鏡を用いる手術 (16 歳未満に実施したものに限る。区分番号「K 6 3 4」を除く。) の年間実施症例数	
例	

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 「2」の医師の氏名、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。
- 「2」から「4」については当該手術症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添 2 の様式 52 により添付すること。

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験 症例数
		例
		例
3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div> そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施 症例数 <div style="text-align: right;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科</div>		
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制 <div style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</div>		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 <div style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</div>		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）		
科		
2 1 年間に実施した生体部分小腸移植術又は生体部分肝移植術の症例数（合計）		
例		
3 生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（5 名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名	生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術の経験症例数

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 「3」については、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術を術者として実施した経験を有する常勤医師
 また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。
- 4 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。

腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における直腸切除・切断術又は腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）直腸切除・切断術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div> そのうち、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科 科 科</div>		
5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制（有・無）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（有・無）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における子宮全摘術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数（合計） <div style="text-align: right;">例</div> そのうち、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科 科 科 科</div>		
5 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 （ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。

性同一性障害の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書

1 標榜する診療科			
2 関連学会の認定を有する常勤又は非常勤の医師			
医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
3 当該保険医療機関における、医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の実施症例数			
例			
4 医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を20例以上実施した経験を有する関連学会認定の常勤医師	常勤医師の氏名	経験症例数	経験年数
		例	年
		例	年
5 関連学会のガイドラインを遵守していること <input type="checkbox"/>			

〔記載上の注意〕

- 「1」の標榜する診療科については、施設基準にかかる診療科であること。
- 「2」については、関係学会による認定を受けたことを証明する書類の写しを添付すること。
- 「3」及び「4」については、いずれか一方を記載すればよいこと。また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。

コーディネート体制充実加算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。）		科
2 当該療養について専門の知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 「1」の診療科に対する関係学会による認定の有無		
(有 ・ 無)		

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の医師の氏名、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。
- 2 「3」について、関係学会による認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

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	名	非常勤	名
1 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 <div style="text-align: right;">(番号に○をつけること)</div>				
	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				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地					

[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 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。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。
- 3 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

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整備状況
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） 期間： 年 月 ～ 年 月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回 （実施患者数： ） <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="flex-grow: 1;"> <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> <div style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">}</div> </div> </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」の算定回数については、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。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の 施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の 氏名	薬局勤務 経験年数	短時間勤務	週あたりの勤務 時間及び日数	在籍期間	研修	地域 活動
1		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[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 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 3 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「レ」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 4 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 5 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 6 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 7 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。