

様式 1

ウイルス疾患指導料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

様式 2 の 2

（ 導入期加算 1
導入期加算 2
腎代替療法実績加算 ）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っている 有 ・ 無		
3 在宅自己腹膜灌流指導管理料の過去 1 年間の算定件数（12 件以上） 件		
4 腎移植に係る取組の状況		
腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じている		有 ・ 無
過去 2 年の腎移植に向けた手続きを行った患者数（1 人以上）		人
手続きを行った時期	患者年齢	主病名

[記載上の注意]

- 1 「４」の手続きを行った時期については、手続きを行った年月日や期間等を記入すること。
- 2 導入期加算１の届出を行う場合にあっては、「３」及び「４」は記載する必要はないこと。

様式 3

喘息治療管理料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

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

〔記載上の注意〕

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

様式 4

[] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様			勤 務 時 間	備 考
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

区 分	氏 名		経験年数
	常勤 換算		
1 糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
2 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師			

〔記載上の注意〕

- 「1」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非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の常勤看護師について、糖尿病足病変の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 5 の 2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

緩和ケアの経験を有する医師の氏名等	氏 名	研修の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

〔記載上の注意〕

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 5 の 3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料イ

区 分	氏 名	経験年数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を 5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング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。

- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料ロに記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料ロ

区 分	氏 名	経験年数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

〔記載上の注意〕

- 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」については、がん患者へのカウンセリング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。
- 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料イに記載した者と重複して差し支えない。

3 がん患者指導管理料ハ

区 分	氏 名	経験年数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		

[記載上の注意]

- 「2」については、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
イ 精神症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	

☐ 注 4 に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

〔記載上の注意〕

1 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修を修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

また、ウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

研修とは、医師については緩和ケアに関する研修をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修をいう。

2 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

3 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

4 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。

5 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。

また、A226-2 緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。

6 注4に規定する点数は、「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」別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、算定可能である。

7 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

() 臓器移植後患者指導管理料

() 造血幹細胞移植後患者指導管理料

() 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

区 分	常勤 換算	氏 名	経験年数
1 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤 医師を組み合わ せた場合を含む	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
1 専任の常勤医師			
2 専任の常勤看護師			
3 常勤薬剤師			
4 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守			
			有 ・ 無
5 抗HLA抗体検査を委託する施設			
名称	住所	確認方法	

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料等」については、届出を行う管理料等について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」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専任の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 4 「2」については、移植医療に係る経験及び移植医療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。
- 5 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。
- 6 「4」については、抗HLA抗体検査を当該保険医療機関内で実施するものとして、抗HLA抗体検査の届出を行う場合に記載すること。
- 7 「5」については、抗HLA抗体検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 糖尿病指導 の経験を有する 医師			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導 の経験を有する 看護師（又は保健 師）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導 の経験を有する 管理栄養士			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

〔記載上の注意〕

- 「1」～「3」については、医師、看護師（又は保健師）、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」～「3」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 5 の 7

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに HbA1c が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1c が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{②} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑤}} \quad \%$$

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{③} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑥}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{④} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑦}} \quad \%$$

〔記載上の注意点〕

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の 4 月 1 日から当年の 3 月 31 日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1 年に満たない場合は、その届出日以降から当年の 3 月 31 日までの期間の結果について記入すること。

様式 5 の 8

糖尿病透析予防指導管理料 高度腎機能障害患者指導加算に係る
届出書添付書類

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
①のうち、 $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ (ml/分/1.73m ²) が 30 未満であったもの	② 名
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの	③ 名
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの	④ 名
②のうち、①で $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を算出した時点から前後 3 月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの	⑤ 名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥ 名
⑥／②	%

〔記載上の注意点〕

1. ①の期間は、報告月の 4 月前までの 3 か月間とする。

例：平成 30 年 10 月 1 日の届出

↓

平成 30 年 4 月～30 年 6 月

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例 1：

算出年月日	2 月 1 9 日	5 月 1 9 日	8 月 1 9 日
$eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→前 3 月では (33.6-28.6) / 3 月=1.67/月、

後 3 月では (28.6-25.6) / 3 月=1.00/月

(1.67-1.00) / (1.67)=40%で、1 月あたりの低下が 30%以上軽減となるため

該当。

なお、日付は± 1 週間の範囲で変動しても差し支えない。

例 2

算出年月日	2 月 1 2 日	5 月 1 9 日	8 月 1 2 日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→ 2 月 1 2 日から 5 月 1 9 日は 3 月より長く、5 月 1 9 日から 8 月 1 2 日は 3 月より短い^が、± 1 週間の範囲であるため、例 2 と同様に計算する。

様式 5 の 9

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 乳腺炎に係る包括的な指導及びケアを担当する医師（乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。）

氏名	経歴（乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を含む）

- 2 乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することを医療関係団体等から認証された助産師（1名以上いること。）

氏名

〔記載上の注意〕

「2」については、5年以上の経験及び専門の知識を有することを医療関係団体等から認証された助産師であることが確認できる文書を添付すること。

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1
地域連携小児夜間・休日診療料 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

- 1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

- 2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

（氏名を記入）

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

（1）緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 （いずれかに○をつけること。）

（2）連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記（1）においてイに○をした場合に限る。）

〔備考〕

- 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

様式 7 の 2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

(氏名を記入)

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに○をした場合に限る。）

[備考]

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。

院内トリアージ実施料
夜間休日救急搬送医学管理料
の救急搬送看護体制加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------

2 院内トリアージ又は救急搬送対応の体制

(□には、該当する場合「✓」を記入すること。)

区 分		氏 名	職 種
院内トリアージ (院内トリアージ実施料)	救急搬送対応 (救急搬送看護体制加算)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

3 院内トリアージの実施基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

院内トリアージの実施基準の作成	<input type="checkbox"/>
院内トリアージの実施基準の作成日	年 月 日

4 救急用の自動車等による搬送実績

1年間の救急用の自動車等による搬送件数	() 件
---------------------	-------

[備考]

- 1 院内トリアージ実施料を届け出る場合は1から3を、救急搬送看護体制加算を届け出る場合は1、2及び4を記入すること。
- 2 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 院内トリアージ実施料を届け出る場合は、トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を担当する医師の氏名等	
医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
2 放射線治療を担当する専従の看護師の氏名	
3 放射線治療を担当する専従の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等を専ら担当する技術者の氏名等	
技術者の氏名	放射線治療の経験年数
	年
5 緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制 (有 ・ 無)	

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の専従の看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「3」の専従の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 7 の 7

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名（診療所又は 200 床未満の病院）	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名（診療所の場合）	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年 1 回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること（病院の場合）	<input type="checkbox"/>

⑦	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>
⑦-2	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

地域包括診療料1に係る施設基準

⑧	直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)又は往診料を算定した患者の数の合計	人
⑧-2	直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%

[記載上の注意]

- 1 研修受講した修了証の写しを添付すること。
- 2 ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
- 3 ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
- 4 ⑦、⑦-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。

様式 7 の 8

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料を算定していること	<input type="checkbox"/>
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	-
	ア 初期小児救急医療に参加していること	<input type="checkbox"/>
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	<input type="checkbox"/>
	ウ 定期予防接種を実施していること	<input type="checkbox"/>
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	<input type="checkbox"/>
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	<input type="checkbox"/>

〔記載上の注意〕

- ②について、確認できる資料の写し（小児科外来診療科については、例えば診療報酬明細書の写し等）を添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

- 5 実績等（実績がある場合に記載すること。）

ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	①	回
ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	②	回
・①及び②に係る期間	平成	年4月1日～平成
・治療の平均継続回数＝②／①		回
		年3月31日

〔記載上の注意〕

- 1 「5」について、実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点においては記載不要だが、過去1年間における実績ができ、引き続き算定する場合は、「5」を記載し再度届出を行う必要がある。
- 2 実績期間は、前年4月1日から当年3月31日までの期間とする。ただし、新規の届出を年度途中で行う場合は、当該届出により算定を開始した月から翌3月までの期間における実績をもって、翌年度7月以降に算定する所定点数を判断する。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報 告 年 月 日 : 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	① 名
--------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①－②)のうち、中止時に禁煙していた者	④ 名
ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤ 回
ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑥ 回

・喫煙を止めたものの割合＝(③＋④)／①

%

・治療の平均継続回数＝⑥／⑤

回

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

様式 8 の 3

療養・就労両立支援指導料 相談体制充実加算に係る届出書添付書類

1 がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口における専任の従事者	
氏名	職種

2 院内掲示の状況(□には、適合する場合「✓」を記入すること)	
就労を含むがん患者の療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを院内掲示により周知している	□

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

(1) 地域医療支援病院

(2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前 30 日間)

開放型病院に入院した患者の診療を担当している
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

(%) = (名) ÷ [(床) × 30 日間]

4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師 名(うち常勤 名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式 10 を併せて添付すること。

登録医師・歯科医師の名簿

氏 名	主たる 診療科	所 属 医 療 機 関			届出前 の利用
		医療機関名	開設者氏名	住 所	

〔記載上の注意〕

- 1 名簿は、4 の (3) の区分に係る当該医療機関と同一 2 次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前 30 日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(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つかえない。)			
・担当医師名:			
・看護職員名:			
・連絡先:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

<p>(1) 当該診療所の担当看護職員名:</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: 	
<p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p>	
<p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: 	
<p>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p>	
<p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>	
<p>9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</p>	
	<p>(1) 届出の有無</p>
	<p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)</p>
	<p>② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)</p>
	<p>③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)</p>
	<p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()</p>
	<p>(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師</p>
	<p>① 氏名 ()</p>
	<p>② 勤務を行った保険医療機関名 ()</p>
	<p>③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)</p>
	<p>(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()</p>

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)／(1)		%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師
①		患者の紹介を受けた日付
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②／(①+②)		%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③／(①+②)		%

[記載上の注意]

- 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合には、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。

- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所にかかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第 14 の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院			
2 当該病院の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	① _____ ② _____ ③ _____		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該病院の許可病床数 _____ 床			
5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制			
(1) 担当部門の連絡先: (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つかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先:			
6 24 時間往診が可能な体制			
当該病院の担当医師名:			
7 24 時間訪問看護が可能な体制 ((2)がある場合には名称等を記入すること。)			
(1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:			

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

- (1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。
なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
- (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

(1) 届出の有無

- ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)
② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)
③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()

(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師

- ① 氏名 ()
② 勤務を行った保険医療機関名 ()
③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)

(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日) 名

(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。) 名

〔記載上の注意〕

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。
- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院
 に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

Ⅲ. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	()%

IV.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

V. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- Ⅲについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- IVの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。
なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

Ⅲ. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してから平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

[記入上の注意]

- Ⅰの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Ⅰの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Ⅰの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

(2) (1) の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

(3) (2) の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 () 件	
連携施設の名称	過去 1 年間の面会日

[記載上の注意]

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 12 の 2 を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
患者氏名 殿
病名（検査・手術名）：

月日	/	/	/	/		/	/	/		/
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						（転院基準）				（退院基準）
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置										
検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※ 1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 ※ 2 入院期間については現時点で予想されるものである。
 ※ 3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
 ※ 4 当該様式については、年に 1 回、毎年 7 月 1 日時点のものについて届け出ること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

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

〔記載上の注意〕

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について（いずれかに○をつける）

①がん診療連携拠点病院	②地域がん診療病院
③小児がん拠点病院	④がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 2 の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 13 の 3 を参考にすること。

〇〇〇治療に関する連携計画書

様

計画策定病院(A):

担当医師:

連絡先:

連携医療機関(B):

担当医師:

連絡先:

術後又は退院後からの期間	退院時	術後1ヶ月	...		術後1年	...		術後3年	...			
受診予定日(又は月)	△月△日	○月○日	...		×月×日	...						
医療機関	A	B	B	B	A	B	...					
達成目標												
患者自覚 症状	具体的な項目 ...											
診察	具体的な項目 ...											
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等) ... 画像診断項目 ...											
説明・指 導	説明項目											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 1 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携の仕方がわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 2 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 3 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 4 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
- 5 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3 年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3 年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士 又は専任の常勤作業療法士		

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成／周知	マニュアルに含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作 成	<input type="checkbox"/> スクリーニングの方法
<input type="checkbox"/> 周 知	<input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
<input type="checkbox"/> 実 施	実施日 ()
<input type="checkbox"/> 実施予定	実施予定日 ()

[記載上の注意]

- 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、3 年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3 年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

様式 13 の 6

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

[記載上の注意]

当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

ハイリスク妊産婦連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 ハイリスク妊産婦連携指導料 1

①	精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内である患者について、直近 1 年間の市町村又は都道府県との連携実績	件
---	--	---

2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2

②	精神疾患を有する妊婦又は出産後 6 月以内である患者について、直近 1 年間の他の保険医療機関の産科又は産婦人科との連携実績	件
③	精神疾患を有する妊婦又は出産後 6 月以内である患者について、直近 1 年間の市町村又は都道府県との連携実績	件

[記載上の注意]

- 1 「1 の①」については、1 件以上であること。
- 2 「2」については、「2 の②」又は「2 の③」のいずれかが 1 件以上であること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

**検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
の施設基準に係る届出書添付書類**

1	届出を行う点数	検査・画像情報提供加算 電子的診療情報評価料 (該当するものを○で囲むこと)	
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない	
3	HPKI を有する 医師数及び歯科医師 数 (人)	人	※ 2 がロ) の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報 等の電子的な送受 信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するものを全てを○で囲むこと)	
5	ネットワーク名		
6	ネットワークに所属 する医療機関名	以下に 5 つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が 5 つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)	
7	ネットワークを 運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :	
8	安全な通信環境 の確保状況	チャネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :	
9	個人単位の情報の 閲覧権限の管理体制	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)	
10	ストレージ	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)	
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格 に基づくストレージ機能	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

[記載上の注意]

表の 8 は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 25 年 10 月）の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャネル・セキュリティ及びオブジェクト・セキュリティについて、保険医療機関内でどのような環境を確保しているかを明示する。

例 チャネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

医療機器安全管理料 1
医療機器安全管理料 2
医療機器安全管理料（歯科）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

1 常勤の臨床工学技士の氏名	
2 医療安全管理部門の有無	有 ・ 無
3 医療機器安全管理責任者の氏名	
4 医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有 ・ 無
5 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
6 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

〔記載上の注意〕

- 1 医療機器安全管理料 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「1」、「2」、「3」、「4」を記載すること。
- 2 医療機器安全管理料 2 の施設基準に係る届出に当たっては、「5」、「6」を記載すること。
- 3 「1」の常勤の臨床工学技士の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 「6」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 17

歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算

歯科治療時医療管理料

歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療時医療管理料

の施設基準に係る

届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等		常勤換算 人数	氏 名
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との
連絡調整を担当する者（主として担当する者 1 名を記載）

氏 名	職 種 等

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所在地	
緊急時の連絡方法・連絡体制	

6 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 過去 1 年間における歯科訪問診療料の算定又は歯科訪問診療の依頼の実績

① 歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に依頼した回数	回
合 計	回

4 過去 1 年間における他の保険医療機関との連携の実績

① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等の研修を含むこと

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施件数) _____ 回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数) _____ 回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数) _____ 回
④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) _____ 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) _____ (直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) _____ (直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名) _____
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名) _____
⑨ 学校の校医等に就任	(学校名) _____
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) _____ (実施日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 2に記載する歯科医師の状況について記載すること。

※ 2に関する研修を受講した歯科医師が複数名配置されている場合は、
そのうち、代表する1名の歯科医師の連携の状況について記載すること。

※ ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素(酸素吸入用のもの)		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

	在宅療養支援歯科診療所1 (全ての項目について記載すること)
	在宅療養支援歯科診療所2 (1から6までの項目について記載すること)

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。

※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____・・・(A)

2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)

歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を算定した人数 _____人

※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を行った患者を含めた、患者の延べ人数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員)

研 修 名

受 講 年 月 日

研 修 の 主 催 者

講 習 の 内 容 等

※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏 名	常勤／非常勤
1)	常勤／非常勤
2)	常勤／非常勤
3)	常勤／非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 _____名で担当

・ 担当者の氏名及び職種

(2)歯科訪問診療体制:対応体制 _____名で担当

・ 担当医の氏名

6. 過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの歯科訪問診療の依頼件数

依頼元(施設名等)	件数	依頼元(施設名等)	件数
	件		件
	件		件
	件		件

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当するものに記入すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績	(保険医療機関名)

② 次に掲げる項目の算定回数を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③＝①＋②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦)		回	

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ① / (①+②) = _____

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療1	① _____人
歯科訪問診療2	② _____人
歯科訪問診療3	③ _____人

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療1を算定する患者の割合 ① / (①+②+③) = _____

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11）の届出状況を記載

(1) 今回届出

(2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

- ①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名
- ②往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名
- ③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①） () %

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- | |
|---|
| <p>1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 当該医療機関のみで確保(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保<ul style="list-style-type: none">・ 名称：・ 開設者：(3) 連携保険医療機関のみで確保<ul style="list-style-type: none">・ 名称：・ 開設者： |
| <p>2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）</p> <ul style="list-style-type: none">(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（主な担当者の氏名を記載することとで差し支えない。）<ul style="list-style-type: none">・ 担当医師名：・ 看護職員名：・ 臨床工学技士名：・ 連絡先： |

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。

様式 20 の 3

在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の

注 2 の施設基準に係る届出書添付書類

(1 緩和ケア、2 褥瘡ケア、3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの
届出を行うものに○をつけること。)

1 緩和ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

2 褥瘡ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

[記載上の注意]

1、2 及び 3 の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

様式 20 の 3 の 2

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制

(有 ・ 無)

2 緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制

(有 ・ 無)

3 常勤医師に係る要件

呼吸器科について3年以上の経験を 有する常勤の医師の氏名	経験年数
	年

4 看護師に係る要件

呼吸器科について3年以上の経験を 有する看護師の氏名	経験年数
	年

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」の経験年数については、呼吸器科における経験年数を記載すること。
- 「3」及び「4」については、医師及び看護師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4に添付すること。また、当該医師及び看護師の経歴（当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

様式 20 の 3 の 3

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制	有 ・ 無
2 緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制	有 ・ 無

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該病院の許可病床数_____床
2 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制
<p>(1) 担当者が固定している場合:</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)</p> <p>・担当者名:</p> <p>・連絡先:</p>
<p>3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が 24 時間可能な体制を確保している。</p> <p>(2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。</p> <p>(3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。</p>

[記載上の注意]

- 1 24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。
- 2 様式 20 の5を添付して届出を行うこと。

在宅療養後方支援病院に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	()名
2. 入院希望を取り下げた患者数（死亡を含む）	()名
3. 現在の入院希望患者数	()名

III. 直近1年間の受入状況について

①（＝②＋③＋④） 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 （連携医療機関）	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	②（＝③＋④＋⑤＋ ⑥） 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 （同一建物居住 者以外）	⑤ 訪問診療 （同一建物居住 者・特定施設）	⑥ 訪問診療 （同一建物居住 者・特定施設以 外）
()回	()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名	()名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	()医療機関
-------------------	---------

〔記入上の注意〕

- 1 Ⅲの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2 Ⅳの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

入院希望の届出に関する様式の例

説明日

説明者

【緊急時の受入を希望する医療機関名】は、【患者氏名】さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【在宅医療を担当している医療機関名】からの連絡に基づき、24 時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【在宅医療を担当している医療機関名】と【患者氏名】さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称

住所

連絡先

(担当医氏名:)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称

住所

連絡先

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

1.

2.

患者に関する情報

氏名

住所

連絡先

病状等

※1 本様式は、一例であるため同様の内容が含まれていればよく、医療機関の実情等に応じて適宜変更可能なものであること。ただし、その場合であっても以下の内容を含むものであること。

- ①当該医療機関が在宅医療を担当している医療機関からの求めに基づき、24 時間いつでも診療を行うこと
- ②入院が必要となった場合は、当該医療機関が入院治療を行うこと
- ③当該医療機関で入院治療が行えない場合は、当該医療機関が適切な医療機関へ紹介すること
- ④患者の診療情報について情報交換を行うこと
- ⑤関係医療機関や患者の情報等

※2 当該医療機関で入院治療が行えない場合に搬送の可能性がある医療機関については、患者の希望を踏まえて必要に応じて記載すること。

※3 当該医療機関は本様式の写しを保管し、在宅医療を提供する医療機関に対しても写しを交付すること。

※4 本内容に変更の必要が生じた場合は速やかに新たな様式を作成し、交付すること。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の在宅褥瘡管理者については、5年以上の医療従事の経験、及び、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。

- 2 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）			
② ①のうち、d1 以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）			
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）			
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数			
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）	
d1	名	名	
d2	名	名	
D3	名	名	
D4	名	名	
D5	名	名	
DU	名	名	

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間: 年 4 月 ~ 年 3 月) (期間: 年 月 ~ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡 ハイ リス ク 項 目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	6. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

〔記載上の注意〕

1. 1 の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
 - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
 - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者

数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- （3） ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- （4） ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- （5） ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- （1） ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- （2） ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。

- （3） ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

様式 20 の 9

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料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
2	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〕

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。

様式20の10

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る

届出書添付書類

1 届出種別			
<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） 			
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 過去5年間の膠芽腫の治療の実施症例数			
			例
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	膠芽腫の治療の実施症例数	所定の研修修 了年月
	年	<div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div>	
	年	<div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div>	
	年	<div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div>	

[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 「3」及び「4」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、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した症例一覧(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、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。

在宅経肛門的自己洗腸の施設基準に係る届出書添付書類

1 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について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	経験年数
2 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について3年以上の経験を有する専任の看護師の氏名等	
看護師の氏名	経験年数

[記載上の注意]

- 1 「1」及び「2」について、医師・看護師の氏名、勤務の態様及び勤務時間を別添2の様式4により添付すること。
- 2 「1」及び「2」について、医師・看護師の当該診療又は看護の経験を有することが確認出来る文書を添付すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

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

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

(2) 連携保険医療機関

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

(3) 連携保険医療機関

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

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

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

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

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

(主治の歯科医師→患者)

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

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

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

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名	称	
	所	在	地
	担	当	歯
	調	整	担
	緊	急	連

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(2)	名	称	
	所	在	地
	担	当	医
	調	整	担
	緊	急	連

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(3)	名	称	
	所	在	地
	担	当	医
	調	整	担
	緊	急	連

様式 21 の 3 の 2

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準の施設基準に係る届出書添付書類

歯科訪問診療の実施状況（届出前 1 月間の実績）

歯科訪問診療の患者数 ① _____ 人

外来の患者数 ② _____ 人

歯科訪問診療を実施した患者数の割合 ①/(①+②) = _____ ・ ・ ・ (A)

※ (A) が 0.95 未満である場合 当該基準に適合

[記載上の注意]

※ ①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療 1、2 若しくは 3 又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数

※ ②については、診療所で歯科初診料又は歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前 3 月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

2. 月平均患者数: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[記載上の注意]

① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)
国際標準検査管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	
7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

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

様式 22 の 2

（ HPV 核酸検出
HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） ）

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 産婦人科の経験を 5 年以上有した常勤 の医師の氏名等	医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
		年
		年

〔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 担当する医師の氏名、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。

遺伝学的検査の注
遺伝カウンセリング加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む		
常勤 換算	氏名	遺伝カウンセリングの経験年数
<input type="checkbox"/>		年
<input type="checkbox"/>		年
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上） 件		
3 関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無		
4 遺伝学的検査の一部を委託する施設		
名称	住所	確認方法

〔記載上の注意〕

1 「1」については、遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載すること。なお、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非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該医師の経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。
- 3 「4」については、遺伝学的検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

様式 23 の 2

骨髓微小残存病変量の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ・当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合 		
<p>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。）</p> <p style="text-align: right;">科</p>		
<p>3 内科又は小児科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等</p>	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
<p>4 血液内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等</p>	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
<p>5 関係学会による認定の有無</p> <p style="text-align: right;">（ 有 ・ 無 ）</p>		
<p>6 関係学会の作成する遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルの遵守</p> <p style="text-align: right;">（ 有 ・ 無 ）</p>		
<p>7 当該検査を委託する施設</p>		
名称	住所	確認方法

[記載上の注意]

- 1 「3」及び「4」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 担当する医師の氏名、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。
- 3 「5」及び「6」については、「当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合」として届出する場合に記載すること。また、「5」については、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又はウェブページのコピー等を添付すること。
- 4 「7」については、当該検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルを遵守し検査を実施していること及び関係学会より認定されていることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

様式 24

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 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 担当医師の状況	
(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師	
(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)	年 年 年
(非常勤)	年 年 年
(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師	
(常 勤)	年 年 年
(非常勤)	年 年 年
(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師	
(常 勤)	年 年 年
(非常勤)	年 年 年
4 連携保険医療機関	
(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名	
(2) 5年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名	
(医師名)	(当該診療科の経験年数)
(常 勤)	年 年
5 ペースメーカー移植術又は交換術の年間実施例数	
例	

[記載上の注意]

- 1 「3」及び「4」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「4」を記載すること。
- 3 「1」及び「5」は、K597ペースメーカー移植術の「3」リードスペースメーカーの場合の施設基準に係る届出の場合に限り記載することとし、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。
- 4 「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。

様式 24 の 3

心臓超音波検査胎児心エコー法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 産婦人科、循環器内科又は小児科の経験を 5 年以上有するとともに当該検査を 20 例以上の経験を有する医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 産婦人科、循環器内科又は小児科の常勤医師の氏名等（産婦人科の場合は、2 名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	
4 倫理委員会の設置状況		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 「2」については、医師が経験した当該検査の症例数がわかる書類を添付すること。
- 3 「3」については、産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する医師の氏名、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。
- 4 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。

様式 24 の 4

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該検査用の器械・器具の 名称、台数等		
緊急時のための手術室	平方メートル	
緊急検査が可能な検査体制	有・無	
担当医師の状況		
常時(午前0時より午後12時までの間) 待機医師	日勤 名 その他 () 名	当直 名 名
5年以上の経験を有する医師	常勤 名	非常勤 名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等		
生化学的検査		
血液学的検査		
微生物学的検査		
画像診断		
病理学的検査		
臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制		
	人 数	勤 務 形 態
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
糖尿病管理 患者数	実患者数	算定期間
	名	年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
2 常勤医師の氏名及び経験年数	
常勤医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績	
新規導入患者数（過去一年間）	名
通院患者数	名

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも5年以上の経験を有すること。また、その経験年数及び実績のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

- 1 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等

医師の氏名及び所属部署	経験年数等

- 2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	(一般的名称)	(承認番号)
・ 生化学的検査 (血液ガス分析)		
・ 画像診断 (単純撮影 (胸部))		

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴 (当該検査の経験及び循環器内科又は呼吸器内科の経験の状況がわかるもの) を添付すること。

ヘッドアップディスプレイ試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
診療科	医師の氏名	経験年数
		年
2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要		
<p>（概要）</p> <p>（ 有 ・ 無 ）</p>		

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴（当該検査の経験及び神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験の状況がわかるもの）を添付すること。

様式 25

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 常勤医師の氏名 ※ 長期継続頭蓋内脳波検査については、非常勤医師を組み合わせた場合を含む。	
常勤 換算	氏名
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

〔記載上の注意〕

- 「2」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。長期継続頭蓋内脳波検査については、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脳神経外科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術については、病院である保険医療機関のみ可能であること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 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 長期脳波ビデオ同時記録検査の実施件数		例
4 てんかんの治療を目的とする手術の実施件数 ＜連携保険医療機関において実施している場合＞ (名 称) (所在地)		例
5 MRI 装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等		
MRI 装置 (機種名) (型 番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名)
＜連携保険医療機関において実施している場合＞		
(名 称) (所在地)	(名 称) (所在地)	(名 称) (所在地)
6 当該診療科の常勤医師の氏名等 (1 名以上)		
常勤医師の氏名	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
7 常勤の看護師の氏名		
8 常勤の臨床検査技師の氏名		
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、外科治療との連携 等)		
10 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：		有 ・ 無
11 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施しておらず、当該手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI 装置等を有しておらず、MRI 装置等を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

- 3 「6」については、てんかんに関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、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 「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の
施設基準に係る届出書添付書類

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） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）
2	届出年月日	平成 年 月 日
<p>3 施設共同利用率の算定</p> <p>① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名</p> <p>② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名</p> <p>③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名</p> <p>④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100\%$</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> = % </div>		

[記載上の注意]

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

光トポグラフィの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

① 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

② 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合

③ 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準

(2) 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）

・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）

(3) 届出年月日 平成 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2名以上）

診療科名	氏 名	当該療法の 経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療研究センターが実施している研修の修了の有無（1名以上）
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏 名

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 施設共同利用率の算定

① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100$ = %

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
	① 当該病院の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該病院の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 「1」の(2)及び(9)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する病院は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(9)のみを記載すること。
- 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、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。
- 「1」の(5)については当該症例一覧(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。
- 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 「1」の(9)について
 - ④による施設利用率が20%以上であること。
 - 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該病院又は当該病院の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該病院が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

光トポグラフィーに係る報告書

1 概要（当該検査を実施した者全員について、合計したものを記載すること）

(1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するために実施した光トポグラフィーの年間実施件数	_____件
(2) ①(1)のうち、当該検査後にうつ病と診断した者の数	_____例
(2) ②(1)のうち、当該検査後に双極性障害と診断した者の数	_____例
(2) ③(1)のうち、当該検査後に統合失調症と診断した者の数	_____例
(2) ④(1)のうち、当該検査後に、(2)①から③までに該当しなかった者の数	_____例

2 詳細 (当該検査を実施した者全員について記載すること)

実 施 年 月 日	検 査 前 診 断 名	患 者 性 別	患 者 年 齢	検 査 後 診 断 名

〔記載上の注意〕

「D236-2」の「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者についてのみ記載すること。

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

3 年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む		
常勤 換算	医師の氏名	脳磁図の経験年数
<input type="checkbox"/>		年
<input type="checkbox"/>		年

[記載上の注意]

3 年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載すること。なお、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非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該医師の経歴(当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの)を添付すること。

脳波検査判断料 1 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 MRI 装置の名称、型番、メーカー名等 （機種名） （型 番） （メーカー名） （テスラ数） ＜連携保険医療機関において実施している場合＞ （名 称） （所在地）		
3 脳波診断に関する診療について 5 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	脳波診断に関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名		
5 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：		有 ・ 無
6 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 「2」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置を有しておらず、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「3」については、脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、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、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

様式 27 の 3

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査の実施及び送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（脳波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 脳波検査判断料 1 の届出年月日 （ 年 月 日 ）
3 脳波検査の送受信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]

送信側及び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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師に限る。）の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。				
常勤換算	医師の氏名	勤務の形態	診療科	当該診療科の経験年数
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤		年
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤		年
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤		年
3 専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師の氏名等				
医師の氏名	勤務の形態	診療科	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 「2」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非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、「2」に記入した医師の経歴（研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。
- 2 「3」については、「2」に記入した医師以外の医師であって、当該検査を実施する医師全てについて記入すること。

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

「2」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耳鼻咽喉科を担当する非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、「2」に記入した医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 29 の 2

ロービジョン検査判断料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 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

(コンタクトレンズ検査料 1
 コンタクトレンズ検査料 2
 コンタクトレンズ検査料 3)

の施設基準に係る届出添付書

※ 該当する届出項目に○を付けること

1 外来患者の数	①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 $\textcircled{2} / \textcircled{1} \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏 名	経験年数
5 コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数	③
6 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数	④
7 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数	⑤
8 コンタクトレンズの自施設交付割合 $\textcircled{4} / (\textcircled{4} + \textcircled{5}) \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
9 眼科の病床を有している。 <div style="text-align: right;">(該当する・該当しない)</div>	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。
- 5 「5」の患者数が0人である場合にあっては、「6」から「8」までの記載は不要であること。
- 6 「6」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 10年以上の小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を有する小児科の常勤医師の氏名等
（1名以上）

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む

常勤換算	医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」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非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、医師の経歴（小児食物アレルギーの診断及び治療経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の 2

内服・点滴誘発試験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 薬疹の診断及び治療の経験を 10 年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師の氏名等
（1 名以上）

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（薬疹の診断及び治療の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の 3

センチネルリンパ節生検（片側）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 併用法 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単独法」のうち色素のみによるものを届出する場合、「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。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2
 画像診断管理加算 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	医療機関勤務
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関に おける実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師 の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日 までに行った件数	
核医学診断	③ 件	
コンピューター 断層診断	④ 件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100$ = <input type="text"/> %		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有 ・ 無	
6 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」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（当該医師が専ら画像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読影を行う医師を除く。）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、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6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」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」、「4」、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 5 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 6 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影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 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像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 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（ 1 2 3 ）の届出年月日（ 年 月 日）																										
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） <table border="0"> <tr> <td>・ 特定機能病院</td> <td>承認年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ 臨床研修指定病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地医療拠点病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地中核病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>・ へき地医療支援病院</td> <td>指定年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>		・ 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
・ 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																						
4 画像の送受信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〕

送信側及び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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

遠隔画像診断（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

送信側（画像の撮影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 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受診側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像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 画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出年月日 （ 年 月 日）	
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料 の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信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]

送信側及び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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

ポジトロン断層撮影

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

乳房用ポジトロン断層撮影

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）
・機器増設による届出（実績期間	年	月～	年 月）
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名		核医学診断の経験年数
			年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名		診断撮影機器
3 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数			_____ 名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数			_____ 名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数			_____ 名
④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100			= <input type="text"/> %
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものを○で囲むこと。）			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 64列以上のマルチスライスＣＴ ・ 16列以上64列未満のマルチスライスＣＴ ・ 4列以上16列未満のマルチスライスＣＴ ・ ＭＲＩ（3テスラ以上） ・ ＭＲＩ（1.5テスラ以上3テスラ未満） 	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(テスラ数等)</p>	
3 保守管理計画の有無	有 ・ 無
4 安全管理責任者の氏名	
5 画像診断管理加算2又は3の届出の有無	有 ・ 無
6 専従の診療放射線技師の氏名	

7 施設共同利用率に係る事項

・64列以上のマルチスライスCT

- ① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 _____ 名
- ② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名
- ③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名
- ④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100$ = %

・MRI（3テスラ以上）

- ① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 _____ 名
- ② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名
- ③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名
- ④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100$ = %

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。
- 5 「7」については、施設共同利用率が10%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

様式 38

C T 透視下気管支鏡検査加算

冠動脈 C T 撮影加算

外傷全身 C T 加算

心臓 M R I 撮影加算

乳房 M R I 撮影加算

小児鎮静下 M R I 撮影加算

頭部 M R I 撮影加算

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術

(M R I によるもの)

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マルチスライス C T (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) ・ M R I (3 テスラ以上 1 . 5 テスラ以上 3 テスラ未満) 											
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (C T の場合は列数、 M R I の場合はテスラ数を記載すること。) (機種名)</p> <p>(型 番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(列数又はテスラ数)</p>											
<p>3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療科</th> <th>常勤医師の氏名</th> <th>経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			診療科	常勤医師の氏名	経験年数						
診療科	常勤医師の氏名	経験年数									
<p>4 小児の M R I 撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療科</th> <th>常勤医師の氏名</th> <th>経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			診療科	常勤医師の氏名	経験年数						
診療科	常勤医師の氏名	経験年数									
<p>5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療科</th> <th>常勤医師の氏名</th> <th>経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			診療科	常勤医師の氏名	経験年数						
診療科	常勤医師の氏名	経験年数									

6 画像診断を専ら担当する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
7 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無		
画像診断管理加算 1	有 ・ 無	
画像診断管理加算 2	有 ・ 無	
画像診断管理加算 3	有 ・ 無	
8 救命救急入院料の届出の有無	有 ・ 無	
9 関係学会より認定された年月日		
平成 年 月 日		
10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有 ・ 無	
11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の検査前の画像診断管理の実施	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器 1 台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「3」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「4」及び「5」については、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」、「10」及び「11」については、頭部ＭＲＩ撮影加算を届け出る場合（画像診断管理加算 3 の届出を行っている場合を除く）に記載すること。「6」の常勤医師については、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）若しくは関係学会による研修終了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 6 頭部ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 7 「7」については、冠動脈ＣＴ撮影加算、外傷全身ＣＴ加算、心臓ＭＲＩ加算、乳房ＭＲＩ加算、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算、頭部ＭＲＩ撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）を届け出る場合に記載すること。
- 8 「8」については外傷全身ＣＴ加算を届け出る場合に記載すること。
- 9 「9」については乳房ＭＲＩ撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）を届け出る場合に記載すること。

有床義歯咀嚼機能検査
咀嚼能力検査
咬合圧検査

の施設基準の届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

(1)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ
(2)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査
(3)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ
(4)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査

2 当該検査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 当該検査に係る医療機関の体制状況等

		概	要
(1)	歯科用下顎運動測定器（非接触型）	医療機器承認/認証番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(2)	グルコース分析装置	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(3)	歯科用咬合力計	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

※歯科用咬合力計については、咬合圧測定用の歯科用咬合力計であること。

[記載上の注意]

- 「1の(1)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(2)」を記載すること。
- 「1の(2)」の届出を行う場合は、「3の(2)」を記載すること。
- 「1の(3)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(3)」を記載すること。
- 「1の(4)」の届出を行う場合は、「3の(3)」を記載すること。

精密触覚機能検査の施設基準の届出書添付書類

1 歯科医師名と当該検査に係る研修を受講した受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（歯科医師名）

- ・当該検査に係る研修の受講を確認できる文書を添付すること。

2 当該検査に係る機器の保有状況

	概 要	
Semmes-Weinstein monofilament set	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の 専任の常勤医師 の氏名		

[記載上の注意]

- 1 届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 2 常勤医師の経歴、勤務状況を添付すること。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）85%以上）
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）75%以上85%未満）
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上75%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

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

3. 医薬品の使用状況（平成 年 月 日時点）

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：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ヶ月間の 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 （④） （②／①）（％）				
後 発 医 薬 品 の 割 合 （⑤） （③／②）（％）				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 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。
- 3 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 8 号）を参照すること。

外来化学療法加算 1
外来化学療法加算 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 専用の治療室	専用の治療室の面積		平方メートル
	専用の病床数		床
2 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名			
3 当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名			
4 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名			
5 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制	(不可の場合、連携保険医療機関名)	
	可 ・ 不可		

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「2」の医師、「3」の看護師及び「4」の薬剤師は、5 年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「2」については、外来化学療法加算 1 に係る届出の場合のみ記入すること。
- 4 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤（2名以上）		名		非常勤		名	
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）						平方メートル			
無 菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット （番号に○をつけること。）								
	形 式 ・ 規 格								
	空気清浄度、集塵効率等								
	台 数 等								
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧									

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、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、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅱ)

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。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
循環器科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名							
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名							
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者数	医師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師に限る。)	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名
			非専任	名		非専任	名
	看護師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名
			非専従	名		非専従	名
	理学療法士 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名
			非専従	名		非専従	名
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧(製品名及び台数等)							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カー							
運動負荷試験装置							
その他							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていけばよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師、専従の非常勤理学療法士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 5 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 6 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- 7 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・ リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・ 定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 8 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、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リハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届 出 区 分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)					
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	(名)
			非専任	名		非専任	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			非専従	名		非専従	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			非専従	名		非専従	名
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

介護保険サービス名		指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去 1 年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

介護保険サービス名		提供実績（実人数）
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
合計		人

[記載上の注意]

- 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第 2 位四捨五入)を記入すること。
- 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添 2 の様式 44 の 2 を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療 法室が

あることがわかる配置図及び平面図であること。

- 4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。なお、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リハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 6 介護保険サービスの指定については、介護保険法第71条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

難病患者リハビリテーション
障害児（者）リハビリテーション

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。

従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	名 (名)	
			非 専 任	名		非 専 任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	名 (名)	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	名 (名)	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	名 (名)	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	名 (名)	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	専 用 施 設 の 面 積		平方メートル					
	当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計） その他（ ）								
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
・ 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設 ・ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定発達支援医療機関 ・ リハビリテーションを実施している患者のうち、おおむね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関								

〔記載上の注意〕

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数（小数点以下第2位四捨五入）を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 4 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 5 「障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 6 その他、障害児（者）リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、おおむね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）	A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数）	B	名	
（再掲）			
脳性麻痺		名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		名	
顎・口蓋の先天異常		名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		名	
先天性又は進行性の神経筋疾患		名	
神経障害による麻痺及び後遺症		名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		名	
当該施設における障害児（者）患者の割合	B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)			心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料				
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む		<input type="checkbox"/> 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験		あり・なし	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む		<input type="checkbox"/> 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験		あり・なし	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
経験を有する常勤専従 職員氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士		
			がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし		
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名 (名)
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名

専用施設の面積	専用施設面積	平方メートル
	言語聴覚療法専用施設の面積	平方メートル
当該療法を行うための器械・器具の一覧		

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
また、当該従事者の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)			心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 呼吸器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア				
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む		<input type="checkbox"/> 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし
					認知症患者リハビリテーション の研修		あり・なし
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む		<input type="checkbox"/> 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし
					認知症患者リハビリテーション の研修		あり・なし
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名 (名)
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			非専従	名		非専従	名
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。また、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。
- 5 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算 1

胃瘻造設術

胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 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 常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
専従の非常勤言語聴覚士の常勤換算 (名)	
3 胃瘻造設術の年間症例数	例
4 経口摂取回復率	
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）
A = ① + ②	
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧	
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く）
⑨ / (A - B) = 割 分	
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている (該当する ・ 該当しない)	
※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。	
意識障害等があり実施が危険な患者	
顔面外傷により嚥下が困難な患者	

筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者	人
6 胃瘻造設術を行う場合、全例に多職種による術前カンファレンスを行っている (該当する ・ 該当しない)	
7 胃瘻造設術を行う場合、全例に計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施している (該当する ・ 該当しない)	

[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(11)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、専従の非常勤言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤言語聴覚士を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)についても記入すること。
- 3 経口摂取回復促進加算1に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 4 「4」、「5」、「6」及び「7」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 5 「4」の③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。
- 6 「4」の⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。
- 7 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
 - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 8 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 9 「5」、「6」及び「7」は、経口摂取回復促進加算1の届出の際は記載する必要はないこと。

経口摂取回復率の算出に係る症例一覧

[illegible]

〔記載上の注意〕

- 1 ③～⑧に該当する場合のみ該当する番号を記載する。さらに、③の場合は、死亡した年月日を記載する。⑤の場合は、紹介された年月日を記載する。
- 2 経鼻経管を抜去した年月日又は胃瘻を抜去若しくは閉鎖した年月日を記載する。(抜去又は閉鎖した日から少なくとも 1 ヶ月は栄養方法が経口摂取のみであることを確認すること。)

様式 43 の 6

経口摂取回復促進加算 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1	実績期間（実績期間 年 月～ 年 月）				
2	常勤の言語聴覚士の人数	専従	名	非専従	名
	専従の非常勤言語聴覚士の常勤換算	（ 名）			
3	経口摂取回復率				
①	6 月前から 3 月前までの過去 3 月間（1. の実績期間）に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前 1 月以上の間経口摂取を行っていなかった者（ただし、②から⑤までに該当する患者を除く）			人	
②	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）			人	
③	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者			人	
④	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者			人	
⑤	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者			人	
⑥	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、②から⑤までに該当する患者を除く）			人	
⑥ / ① = 割					

〔記載上の注意〕

- 「2」については、専従の非常勤言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤言語聴覚士を常勤換算した人数（小数点以下第 2 位四捨五入）についても記入すること。
- 「2」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添 2 の様式 44 の 2 に記載し、添付すること。
- ②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

※ 専任の非常勤従事者を組み合わせた場合を含む

	常勤 換算	氏名	資格 取得年	経験 症例数	修了した研修名・主催者名
専任常勤医師	<input type="checkbox"/>				
専任常勤看護師 常勤理学療法士 常勤作業療法士 (該当するものに○)	<input type="checkbox"/>				

2. その他の従事者の状況

氏名	資格取得年	資格取得後に業務に従事した 保険医療機関の名称	修了した研修名 ・主催者名

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数 () 回 (対象期間 平成 年 月～平成 年 月)

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

保険医療機関名	リンパ浮腫指導 管理料算定回数	対象期間	診断等に係る 連携	合併症治療に係る 連携
				()

5. 器械・器具等の状況

☐歩行補助具 ☐治療台、☐各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

- 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- ☐には該当する場合にレを記入すること。
- 「1」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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」の☐に「✓」を記入すること。

- 4 「４」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 5 「４」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。
- 6 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等）を添付すること。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

- [記載上の注意]
- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、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非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
 - 2 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
 - 3 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。

リハビリテーション従事者の名簿

No	氏名	職種	常勤 非常勤	専従・専任																	経験
				常勤換算	ADL 維持 向上 等体 制加 算	回 復 期 リ ハ ビ リ テー ション 病棟	地 域 包 括 ケ ア 病棟	心 大 血 管	脳 血 管 疾 患 等	廃 用 症 候 群	運 動 器	呼 吸 器	摂 食 機 能 療 法	難 病 患 者	障 害 児 (者)	がん 患 者	認知 症患 者	リン パ浮 腫	集 団 コミュ ニ ケー ション		
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	
		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他	常勤 非常勤	<input type="checkbox"/>																	

【記載上の注意】

1 当該医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある者は介護保険のリハビリテーションの従事者であつても記載すること。

2 職種の欄におけるその他とは、脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション科(Ⅱ)、(Ⅲ)に規定される適切な研修を修了した准看護師等のことをいう。

3 専従者、専任者については、当該従事者が担当するリハビリテーション区分の全てについて、専従であれば○、専任であれば●を記載すること。

4 各リハビリテーションに規定される、経験を有する者については、「経験」欄に経験を有する又は研修を修了したリハビリテーション名を記載すること。

5 地域包括ケア病棟には地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を含む病棟が含まれる。

6 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非常勤従事者を組み合わせて配置し常勤換算している場合には、「常勤換算」の□に「√」を記入すること。

様式44の3

認知療法・認知行動療法

の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他(名称)

2 認知療法・認知行動療法2の専任の看護師に係る要件

- (1) 認知療法・認知行動療法1を行う外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名 ()
 勤務した期間 (年 月～ 年 月)
 同席した面接 (回)

- (2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接 (症例 回)
うち、指導・確認を受けた面接 (症例 回)
指導・確認を行った者の氏名 ()

- (3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名 ()
 主催者名 ()
 厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師 ()

「記載上の注意」

- 1 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 2 「2」(3)について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
- 3 「2」(3)について、適切な研修を修了したことを確認できる資料(修了証、プログラム等)を添付すること。

歯科口腔リハビリテーション料 2 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（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあっては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

様式 44 の 5

通院・在宅精神療法の注 4 に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を 5 年以上有する精神保健指定医

※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏名	精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数	
			うち、主として 20 歳未満の患者に対する 精神医療に従事した年数
<input type="checkbox"/>			年
			年
<input type="checkbox"/>			年
			年

(2) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験 1 年以上を含む精神科の経験を 3 年以上有する精神科医

※ 非常勤の精神科医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏名	精神科の経験年数	
			うち、主として 20 歳未満の患者に対する 精神医療に従事した年数
<input type="checkbox"/>			年
			年
<input type="checkbox"/>			年
			年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1) 通院・在宅精神療法を実施した患者の数（ひと月当たり平均）		人
(2) うち、16歳未満の患者の数（ひと月当たり平均）		人
(3) $(2) \div (1) \times 100$		%

[記載上の注意]

- 「1」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非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、精神保健指定医及び精神科医の氏名、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。さらに、当該精神保健指定医の経歴（精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号がわかるもの）を添付すること。
- 「3」については、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」の(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 (有 ・ 無)

2 専任の常勤医師に係る要件

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏名	適切な研修
<input type="checkbox"/>		あり ・ なし
<input type="checkbox"/>		あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

[記載上の注意]

- 「2」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非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」及び「3」の適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式 44 の7

依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

氏名	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

2 専任の看護師等

氏名	職種	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

[記載上の注意]

「1」の精神科医及び「2」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル				
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手工芸						
木工						
印刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						
<p>病院の種別（該当する方に○をつけること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院 ・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院 						

〔記載上の注意〕

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、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、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下「精神科ショート・ケア等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出することは可能である。

- 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。

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	公認心理師等	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専 用 施 設 の 面 積		平方メートル					
		患者 1 人当たり 平方メートル					

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、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。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・公認心理師
 - ・精神保健福祉士
 - ・栄養士
 - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 3 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。

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月

患者氏名		性別		生年月日	月	日（	歳）
主治医		デイ・ケア 担当職員					
診断		既往症					
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（最終入院　　年　　月　～　　年　　月病院）						
治療歴 （デイ・ケア等 の利用歴を 含む）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="text-align: center;"> デイ・ケア等利用歴 </div> <div> <input type="checkbox"/>ショート・ケア （施設名 利用期間 ） <input type="checkbox"/>デイ・ケア （施設名 利用期間 ） <input type="checkbox"/>ナイト・ケア （施設名 利用期間 ） <input type="checkbox"/>デイ・ナイト・ケア （施設名 利用期間 ） <input type="checkbox"/>その他 （施設名 利用期間 ） </div>						
現在の状況 （症状・治療内容 等）							
デイ・ケア 利用目的							
デイ・ケア 内容	（具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。）						
デイ・ケア 目標	短期目標（おおむね３ヶ月以内）						
	長期目標（おおむね１年以内）						
特記事項							

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

[記載上の注意]

「1」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科医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名：) (職名：)	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積	平方メートル
(患者 1 人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、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。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・精神科病棟に勤務した経験を有する看護師
 - ・精神科病棟に勤務した経験を有する精神保健福祉士
 - ・精神科病棟に勤務した経験を有する公認心理師
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

様式 47 の2

精神科在宅患者支援管理料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ける従事者

職 種	氏 名	
	常勤換算	
ア 常 勤 精 神 科 医	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
イ 常勤精神保健福祉士		
ウ 作 業 療 法 士		

2 精神科訪問看護・指導を担当する保健師又は看護師、精神科訪問看護を担当する連携する訪問看護ステーション

所 属	氏 名	勤務形態
当該保険医療機関		常勤 ・ 非常勤

連携する訪問看護ステーション	精神科訪問看護基本療養費を算定する者としての届出
名称:	(あり ・ なし)
開設者:	

3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制	(あり ・ なし)
4 当該保険医療機関における 24 時間往診が可能な体制	(あり ・ なし)
5-1 当該保険医療機関における 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制	(あり ・ なし)
5-2 連携する訪問看護ステーションによる 24 時間精神科訪問看護が可能な体制	(あり ・ なし)
・名 称 :	
・開 設 者 :	

・特別の関係： 特別の関係である ・ 特別の関係でない	
6-1 時間外対応加算1の届出の有無	あり ・ なし
6-2 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	あり ・ なし

〔記載上の注意〕

- 1 「1」において、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科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 「4」、「5-1」及び「5-2」において、当該保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>常勤の精神保健指定医の氏名 （指 定 番 号） ※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む</p>	<p>() □ 常勤換算</p> <p>() □ 常勤換算</p>
<p>行動制限最小化に係る委員会</p>	<p>開催回数 () 回／月</p> <p>参加メンバー (職種)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ ・
<p>行動制限最小化に係る基本指針の作成日時</p>	<p>平成 年 月 日作成</p>
<p>研修会の実施頻度</p>	<p>開催回数 () 回／年</p>

〔記載上の注意〕

精神保健指定医について、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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

[備考]

行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。

様式 48 の 2

処置
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 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 算定を行う診療科数	
2 病院全体の診療科が届出を行っている。	(該当する・該当しない)
病院の標榜診療科数	
3 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。	(該当する・該当しない)
4 急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)	
①第三次救急医療機関	
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
③小児救急医療拠点病院	
④災害拠点病院	
⑤へき地医療拠点病院	
⑥地域医療支援病院	
⑦年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間 名
⑧年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間 件
5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制	(有 ・ 無)
6 予定手術前日において医師が当直等を実施した日数	(日)
7 1 日の当直人数 (集中治療室等に勤務する医師を除く。)	(人)

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において医師が当直等を実施した日数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 2 「3」については、様式 13 の 4「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の添付を略することができる。
- 3 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 4 「4」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。

- 5 「5」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添2の様式4を添付すること。
- 6 「6」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。（様式自由）なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」については、「2」に該当する場合に記載すること。

様式 48 の 2 の 2

算定診療科の概況

算定診療科（算定を行う全ての診療科名を記載し、（１）～（３）のいずれの体制をとっているものであるか○を記入すること）			
診療科名	（１）交代勤務制	（２）チーム制	（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			

〔記載上の注意〕

（１）交代勤務制を実施している診療科は様式 48 の 3 により、（２）チーム制を実施している診療科は様式 48 の 4 により、それぞれ詳細な実施状況を提出すること。また、（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を実施している場合は、実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを添付すること。

様式 48 の 3

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別 平日 (2交代制 ・ 3交代制) 休日 (2交代制 ・ 3交代制)	
(2) 夜勤者人数 (名)	
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日になっている (該当する ・ 該当しない)	
(4) 日勤から連続して夜勤を行うことがある (該当する ・ 該当しない)	
(5) (4) に該当する場合、夜勤者を2人以上とし、連続勤務者の休憩を4時間以上確保している (該当する ・ 該当しない)	
(6) 夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時1列までの手術を夜勤者のみで実施している (該当する ・ 該当しない)	

[記載上の注意]

- 届出前1か月の勤務計画表(勤務実績)が分かる書類及び届出前1ヶ月の当該診療科の手術の一覧(予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手(全ての医師)の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること)を添付すること。(様式自由)
- 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科		科
2 当該診療科の医師の氏名等	在籍する医師数	名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
3 チーム制の概要（該当するものに○をつける）		
(1) 緊急呼び出し当番数		
平日の夜勤時間帯	(名)
休日の日中	(名)
休日の夜勤時間帯	(名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日にしている（該当する ・ 該当しない）		
(3) 夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている（該当する ・ 該当しない）		
4		
(1) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数（院内に呼び出した日数）		_____ 日
(2) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数		_____ 件

[記載上の注意]

- 届出前 1 ヶ月の緊急呼び出し当番の実績表（緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績（保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。）が分かる書類及び届出前 1 ヶ月の当該診療科の手術の一覧（予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手（全ての医師）の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること）を添付すること。（様式自由）
- 「3」の（1）については、届出前 1 か月の平均を記入すること。

様式 48 の 6

硬膜外自家血注入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 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を5年以上（及び当該療養の経験を1年以上）有するとともに、当該処置について術者として3例以上の経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		
4 当直体制の概要			
5 合併症等に備えた連携体制の構築	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」については医師が経験した当該処置の症例一覧（実施年月日、処置名、患者の性別、年齢、主病名）及び当該療養の経験年数が分かる書類を添付すること。
- 3 当該届出は、病床を有する保険医療機関のみ可能であること。
- 4 「5」について、当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関と連携体制を構築していること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等（1名以上）	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数（５年以上）	_____ 年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度 7. 5 MHz以上)	

[記載上の注意]

「２」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3

透析液水質確保加算

慢性維持透析濾過加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 水質検査の実施状況等	
実 施 年 月 日	水質検査結果（採取部位、細菌数、エンドトキシン等）
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

[記載上の注意]

「2」については、届出前3ヶ月の実施状況等を記入すること。

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない)	
2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った 1 月間の患者数 (実績期間 年 月)	人
3 A B I 検査 0.7 以下又は S P P 検査 40mmHg 以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)	
4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科 名称： ア 循環器科 循環器科の標榜 (有 ・ 無) イ 胸部外科又は血管外科 標榜する診療科 () ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科 標榜する診療科 ()	
5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の所在地及び名称を記入すること。

様式 49 の 4

磁気による膀胱等刺激法の施設基準に係る届出書添付書類

5 年以上の泌尿器科 の経験又は 5 年以上 の産婦人科の経験を 有する常勤の医師の 氏名等	医師の氏名	診療科名	経験年数
		科	年
		科	年
		科	年
		科	年
		科	年

[記載上の注意]

- 1 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 担当する医師の氏名、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。

様式 49 の 6

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の常勤医師の氏名等								
常勤医師の氏名	神経・筋疾患 の診療経験年数		リハビリテーション の診療経験年数		所定の研修 修了年月日			
	年		年					
	年		年					
	年		年					
	年		年					
2 従事者数								
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	その他	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	3 訓練室の設備等について							
	当該処置を実施するための施設の面積				平方メートル			
当該処置を行うための器械・器具の一覧								

4 担当の複数職種が参加するカンファレンスの詳細	
開催頻度	
参加職種	医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他

[記載上の注意]

- 「1」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。
 - ・ 常勤医師
 - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療の経験を3年以上有している医師
 - ・ 常勤医師のうち、リハビリテーションの経験を3年以上有している医師
 - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療及びリハビリテーションの経験を3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関連診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 当該処置に従事する看護師、理学療法士、作業療法士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式49の7を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・ 処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- 届出に当たっては、担当の複数職種が参加するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)従事者の名簿

[illegible]

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注 3

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	手術用顕微鏡加算
	歯根端切除手術の注 3

2 当該療養を実施す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 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	（該当するものに○を記入） <input type="checkbox"/> 自院で撮影 <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影	
連携医療機関	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	

※ 「3」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「3」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。

口腔粘膜処置
レーザー機器加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

	口腔粘膜処置（歯科診療を担当する保険医療機関に限る。）
	レーザー機器加算

2 当該療養に係る医師・歯科医師の氏名等

医師・歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

3 設置機器名

一般的名称	概 要	
ネオジミウム ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ダイオード レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
炭酸ガス レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
エルビウム・ ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
罹患象牙質 除去機能付 レーザ	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（Ⅶ）（歯科点数表においては、レーザー手術装置（Ⅰ））に該当するものであること。