別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

［連絡先
担当者氏名：
電話番号：］

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注３）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	□	□　年　月	□	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	□	□　年　月	□	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	□	□　年　月	□	5の11
4の12	生殖補助医療管理料１	□	□　年　月	□	5の12
4の12	生殖補助医療管理料２	□	□　年　月	□	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料１	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料２	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料３	□	□　年　月	□	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	□	□　年　月	□	5の14
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□　年　月	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	地域包括診療料１	□	□　年　月	□	7の7
6の8	地域包括診療料２	□	□　年　月	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料１	□	□　年　月	□	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料２	□	□　年　月	□	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料１	□	□　年　月	□	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料２	□	□　年　月	□	39
6の8の4	連携充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	□	□　年　月	□	39の2
6の9	外来データ提出加算（生活習慣病管理料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	4,8

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	□	□　年　月	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9,10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11,11の3,11の4,11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2,13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	13の8
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	4,14
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12,12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の3	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	□	□　年　月	□	17の2
13の3	禁煙治療補助システム指導管理加算	□	□　年　月	□	8
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2,11の3,11の4,11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	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	□	□　年　月	□	19
15の3	在宅データ提出加算（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）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
16の1の3	重症患者搬送加算	□	□　年　月	□	20の1の2
16の2	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	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の2	専門管理加算	□	□　年　月	□	20の3の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4,20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	別添２の２
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10,52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	□	□　年　月	□	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	□	□　年　月	□	23
18の1の3	染色体検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の1の2,52
18の1の4	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の5	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の14	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3,52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	4,24の4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2,52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単維筋電図	□	□　年　月	□	27の4,52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2,52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2,52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3,52
29の3の2	前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	□	□　年　月	□	31の4,52
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の4の3	口腔細菌定量検査	□	□　年　月	□	38の5
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	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又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	□	□　年　月	□	37の2,52
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の5	全身ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の2	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40,4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41,44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41,44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42,44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42,44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
45の2	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）	□	□　年　月	□	43の6,43の6の2,44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43,44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43,44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2,44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3,44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44,44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	4,44の5
47の7	療養生活環境整備指導加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	4,45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	4,47
55の2	精神科在宅患者支援管理料１又は２	□	□　年　月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料３	□	□　年　月	□	別添２の２
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	48の6,52
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	2の2,49の3,87の4
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法	□	□　年　月	□	49の3の3,52
57の2の4	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	□	□　年　月	□	49の3の4
57の2の5	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	4,24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2,52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	4,49の6,49の7

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー	□	□　年　月	□	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4,52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	52,87の6
57の8の3	自家脂肪注入	□	□　年　月	□	87の24
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3,52
57の9の3	緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	□	□　年　月	□	87の25
57の9の4	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6,52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51,52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2,52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
58の4	内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	87の26
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54
60	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	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	□	□　年　月	□	87の27
60の2の3	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□　年　月	□	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	□	□　年　月	□	87の50
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52,54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□　年　月	□	52,54の2の2
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52,54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52,54の4
60の6	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□　年　月	□	52,54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52,54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□　年　月	□	52,87の29
61	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52,55
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□　年　月	□	52,87の49
61の2の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,54の7

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
61の2の3	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,56の7,87の30
61の2の4	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	□	□　年　月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の6	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	□	□　年　月	□	87の46
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52,56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□　年　月	□	50の5
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の22
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
61の7の4	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	□	□　年　月	□	52,87の51
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52,58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52,58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52,59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52,87の11
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□　年　月	□	52,59の2,59の2の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,59の3の2,87の32

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24,52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52,62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52,63
68	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52,65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52,65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の4の2,87の33,別添２の２
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7の2	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	□	□　年　月	□	52,87の34
72の7の2の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52,65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□　年　月	□	52,65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52,87の15
72の8の3	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の35
72の8の4	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,87の36
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の2
73の2の2	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の37
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52,87の16
73の3の2	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の38
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52,67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52,57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52,87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52,67の3
76の4の2	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の39
76の4の3	内視鏡的小腸ポリープ切除術	□	□　年　月	□	87の40
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の18
76の7	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,87の48
76の8	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の47
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52,69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の7	膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	□	□　年　月	□	52,69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の11の2	膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）	□	□　年　月	□	87の41
77の11の3	精巣内精子採取術	□	□　年　月	□	87の42,87の42の２
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52,70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52,71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
78の３の３	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	□	□　年　月	□	52, 87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	□	□　年　月	□	87の44
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52, 87の20
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4,
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術	□	□　年　月	□	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	□	□　年　月	□	87の45
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81及び81の2	周術期薬剤管理加算	□	□　年　月	□	75の3
81の3	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	一回線量増加加算	□	□　年　月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	52, 79の1の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	□	□　年　月	□	52,79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
92	地域支援体制加算	□	□　年　月	□	87の3,87の3の2,87の3の3
92の2	連携強化加算	□	□　年　月	□	87の3の4
93	後発医薬品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87
95	無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
96	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	89
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	□	□　年　月	□	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	□	□　年　月	□	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	□	□　年　月	□	89

※様式2、5、5の2、5の9、6、7の4、7の5、7の9、13の5、24の2、49の5、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86、91は欠番。

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	ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験年数（５年以上であること。） 年
２　専任の看護師の氏名	ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験年数（２年以上であること。） 年
３　ＨＩＶ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。）	

様式１の２

外来栄養食事指導料の注２、注３に規定する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「レ」を記入すること。）

注２	□
注３	□

２．注２に係る届出内容

悪性腫瘍患者の栄養管理に関する専門的な知識を有する常勤管理栄養士の氏名等		
常勤管理栄養士の氏名	外来化学療法を実施している医療機関の勤務年数	栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の経験年数
	年	年
	年	年

［記載上の注意］

１　届出に当たっては、外来化学療法を実施している医療機関に５年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の３年以上の経験を有する管理栄養士であること。

２　当該届出は、区分番号「Ｂ００１－２－１２」の「注６」に規定する連携充実加算の届出を行っている保険医療機関のみが可能であること。

３．注３に係る届出内容

	氏　　名	栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の経験年数
専任の常勤管理栄養士		年
		年
		年

［記載上の注意］

届出に当たっては、悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）の３年以上の経験を有する専任の管理栄養士であること。

様式１の３

心臓ペースメーカー指導管理料　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

<table>
<tr><td rowspan="3">１　循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等</td><td>診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>当該診療科の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td>２　体制（別の保険医療機関との連携を含む。）

※１又は２のいずれか該当するものを〇で囲んだ上で、該当事項を記載する。</td><td colspan="4">区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術、「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術、「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術から「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術までのいずれかの施設基準の届出

１．自施設において届出を行っている場合

届出を行っている施設基準：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．連携する別の保険医療機関（循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において当該届出を行っている場合

連携保険医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
届出を行っている施設基準：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」の循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」の体制については、連携する別の保険医療機関により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。

様式２の２

（導入期加算１
導入期加算２
導入期加算３
腎代替療法実績加算
腎代替療法指導管理料）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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年間の算定回数（24 件又は 36 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
前年に腎移植に向けた手続き等を行った患者数（２人又は５人以上）	人

手続き等を行った時期	手続き等の種類（日本臓器移植ネットワークへの登録・先行的腎移植・腎移植による透析離脱）	患者年齢	主病名

５　腎臓内科の診療に従事した経験を３年以上有する専任の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	勤務時間	腎臓内科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

６　５年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について３年以上の経験を有する専任の常勤看護師の氏名等	
常勤看護師の氏名	看護師の経験年数（うち、腎臓病看護の経験年数）
	年（　　年）
	年（　　年）

７　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の氏名等

８　腎代替療法に係る研修を実施又は受講する連携保険医療機関名及び研修実施日		
医療機関名	開設者名	所在地
研修実施日		

［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。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

２　導入期加算１の届出を行う場合にあっては、「３」から「６」については記載する必要はないこと。

３　導入期加算２、導入期加算３及び腎代替療法実績加算の届出を行う場合にあっては、「５」及び「６」は記載する必要はないこと。

４　「５」の腎臓内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　「５」及び「６」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。

６　「７」については、腎代替療法に係る研修の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

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

１　専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名
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 ⑴ 患者に提供する計測器等 ⑵ 具備する器械・器具（〇で囲む。） ア　酸素吸入設備　　オ　動脈血ガス分析装置 イ　気管内挿管又は気管切開の器具　　カ　スパイロメトリー用装置 ウ　レスピレーター　　キ　胸部エックス線撮影装置 エ　気道内分泌物吸引装置 ⑶ 緊急時の入院体制 ア　自院　　イ　連携
３　連携保険医療機関の体制 ⑴ 名称等 ア　連携保険医療機関の名称 イ　開設者名 ウ　所在地 ⑵ 具備する器械・器具（〇で囲む。） ア　酸素吸入設備　　オ　動脈血ガス分析装置 イ　気管内挿管又は気管切開の器具　　カ　スパイロメトリー用装置 ウ　レスピレーター　　キ　胸部エックス線撮影装置 エ　気道内分泌物吸引装置 ⑶ 緊急時の入院体制

［記載上の注意］

１　「１」の専任の看護師又は准看護師が当該保険医療機関に常時１名以上配置され、患者からの問い合わせ等に 24 時間対応できる体制がわかるものを添付すること。

２　「３」の⑵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⑵は少なくともカ及びキに〇がついていること。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⑶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。

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		

［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週あたりの所定労働時間（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		年
		年
		年
		年
		年
３　適切な意思決定支援に関する指針を定めていること		□　該当

［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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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又は公認心理師		
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		年
		年
		年
		年
		年

［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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
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		年（　　年）
		年（　　年）
		年（　　年）
		年（　　年）
		年（　　年）

［記載上の注意］

１　「２」については、薬剤師としての業務に従事した経験を経験年数欄に記載し、うち化学療法に係る業務に従事した経験を（　）内に再掲すること。また、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。

４　がん患者指導管理料ニ

１　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の実施施設としての届出	有　・　無

様式５の４

外来緩和ケア診療加算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	経験年数	勤務時間	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講	兼務
ア　身体症状の緩和を担当する医師				□常勤 □常勤換算 □非常勤	□専従 □専任	□	□緩和ケア病棟 □緩和ケア
イ　精神症状の緩和を担当する医師				□常勤 □常勤換算 □非常勤	□専従 □専任	□	□緩和ケア病棟 □緩和ケア
ウ　緩和ケアの経験を有する看護師				□常勤 □非常勤	□専従 □専任	□	□緩和ケア
エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師				□常勤 □非常勤	□専従 □専任	／	□緩和ケア

□　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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

　また、ウは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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。

また、Ａ226-2 緩和ケア管理料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兼務欄に記載すること。

６　注４に規定する点数は、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）の一般病棟において、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	勤務時間	移植医療の経験年数
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	□		時間	年
	□		時間	年
	□		時間	年
	□		時間	年
	□		時間	年
２　専任の常勤看護師			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年
３　常勤薬剤師			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年

４　臓器移植後患者指導管理料の届出の有無

有（　　年　　月　　日）　・　　無

５　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　）

６　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〇印を記入すること。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」の常勤従事者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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 22 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、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、移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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、臓器移植後患者指導管理料の届出を既に行っており、抗ＨＬＡ抗体検査の届出を行う場合にのみ記載すること。

７　「５」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。

８　「６」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。

様式５の６

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		年	□	□	
		年	□	□	
		年	□	□	
２　糖尿病指導の経験を有する看護師（又は保健師）		年	□	□	□
		年	□	□	□
		年	□	□	□
３　糖尿病指導の経験を有する管理栄養士		年	□	□	
		年	□	□	
		年	□	□	

［記載上の注意］

１　「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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　「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。

３　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

＝　②／①　⑤　　％

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

＝　③／①　⑥　　％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

＝　④／①　⑦　　％

［記載上の注意］

１　「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　「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。

３　「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/1.73㎡）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］

１．①の期間は、報告月の４月前までの３か月間とする。

例：令和４年１０月１日の届出

↓

令和４年４月～同年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１９日	５月１９日	８月１９日
$eGFR_{Cr}$ （ml/分/1.73㎡）	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月当たりの低下が 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１２日	５月１９日	８月１２日
$eGFR_{Cr}$ （ml/分/1.73m^2）	33.7	28.6	25.6

→２月１２日から５月１９日は３月より長く、５月１９日から８月１２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８の２

小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　整形外科の診療に５年以上従事した経験を有し、小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了した常勤医師

常勤医師の氏名	勤務時間 （時間／週）	診療科名	当該診療科の 経験年数	研修修了の有無
	時間		年	□

２　小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制

有　・　無

３　入院体制

以下のうち、該当するものに✓すること。

□　必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、入院可能である。

□　必要に応じて、連携する保険医療機関の病床において、入院可能である。

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「１」の研修については、研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式5の 10

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

婦人科又は産婦人科を担当する常勤の医師

氏名	勤務時間	月経困難症の治療に係る適切な研修の受講
	時間	あり ・ なし
	時間	あり ・ なし
	時間	あり ・ なし

［記載上の注意］

１．医師について、月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２．医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式5の 11

一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

標榜診療科	□ 産科　□ 婦人科　□ 産婦人科　□ 泌尿器科

２　常勤医師の配置

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

氏名	週当たり勤務時間	診療科	左記診療科の経験年数
	____時間	□ 産科　□ 婦人科 □ 産婦人科　□ 泌尿器科	_____年
	____時間	□ 産科　□ 婦人科 □ 産婦人科　□ 泌尿器科	_____年
	____時間	□ 産科　□ 婦人科 □ 産婦人科　□ 泌尿器科	_____年

３　不妊症の患者に係る診療の実績

不妊症の患者に係る診療（症例数）	_____例

４　生殖補助医療に係る体制

生殖補助医療管理料に係る届出	□ 有 □ 無	
生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の医療機関との連携	□ 有 □ 無	連携先の保険医療機関 名称（　　） 所在地（　　）

［記載上の注意］

１　医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　診療実績については、届出の前年１年間（前年の１月から 12 月まで）の実績を記載すること。

３　「４」の生殖補助医療管理料に係る届出について、「無」にチェックがついた場合は、「４」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

様式5の 12

生殖補助医療管理料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。）

生殖補助医療管理料1	□
生殖補助医療管理料2	□

２　標榜診療科

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

標榜診療科	□ 産科　□ 婦人科　□ 産婦人科　□ 泌尿器科

３　体外受精・胚移植に関する登録等

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

体外受精・胚移植に関する登録施設	□ 登録あり □ 登録なし	
特定治療支援事業の実施機関の指定 （令和4年3月 31 日時点）	□ 指定あり □ 指定なし	指定年月日 ＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

４　人員配置

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

４－１　常勤医師の配置

氏名	週当たり勤務時間	診療科	左記診療科の経験年数	生殖補助医療に係る経験年数	登録施設※における経験年数
	＿＿時間	□ 産科 □ 婦人科 □ 産婦人科 □ 泌尿器科	＿＿＿＿年	＿＿＿＿年	＿＿＿＿年
	＿＿時間	□ 産科 □ 婦人科 □ 産婦人科 □ 泌尿器科	＿＿＿＿年	＿＿＿＿年	＿＿＿＿年

※　登録施設：公益社団法人日本産科婦人科学会「体外受精・胚移植に関する登録施設」

４－２　配偶子・胚の管理に係る人員の配置

	氏名	職種	関係学会による配偶子･胚の管理に係る研修の受講の有無
配偶子･胚の管理に係る責任者			□ 有 （研修名: ） □ 無
配偶子･胚の管理を行う者			□ 有 （研修名: ） □ 無
配偶子･胚の管理を行う者			□ 有 （研修名: ） □ 無

５　医療機関の設備等

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

	設備（詳細）	その他
① 採卵を行う専用の室	□ 酸素供給装置 □ 吸引装置 □ 心電計 □ 呼吸循環監視装置 □ 救急蘇生セット	□ 準備室を附設している □ 清潔な手洗いの設備を附設している □ 清浄度クラスⅡ以上である
② 培養を行う専用の室	□ 施錠可能である	
③ 凍結保存を行う専用の室	□ 施錠可能である	
④ 兼用の有無	（以下のいずれかに「✓」を記入すること。 □ ①②③全て独立している □ ①②が兼用である □ ①③が兼用である □ ②③が兼用である □ ①②③全て兼用である	

（参考）

○　医療法施行規則（昭和２３年厚生省令第５０号）

第２０条第３号　手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならない。

○　清浄度クラス

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
Ⅰ	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10 CFU/m3 以下
Ⅱ	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m3 以下
Ⅲ	準清潔区域	ＩＣＵ、ＮＩＣＵ、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m3
Ⅳ	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m3 以下)
Ⅴ	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500 CFU/m3 以下)

６　医療に係る安全管理を行う体制

安全管理のための指針の整備	□ 有 □ 無	
医療事故等の院内報告制度の整備	□ 有 □ 無	
安全管理の責任者	氏名 （　　）	職種 （　　）
委員会の開催	□ 有 □ 無	開催頻度 （　　）
安全管理の体制確保のための職員研修	□ 有 □ 無	実施頻度 （　　）

７　配偶子・胚の管理に係る体制

配偶子･胚の管理に係る責任者	氏名 （　　）	職種 （　　）
配偶子･胚の取り違えを防ぐ体制の整備	配偶子･胚の操作時のダブルチェックの実施 （□ 有　　□ 無） その他実施事項 （　　）	

８　緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外･夜間救急体制	□ 有 □ 無	
他の保険医療機関との連携による 時間外･夜間救急体制の整備	□ 有 □ 無	連携先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

９　患者の治療経過の把握に係る体制

胚移植術を実施した患者の出産に係る 経過を把握する体制	□ 有 □ 無
胚移植術の回数を含む患者の 治療経過について把握する体制	□ 有 □ 無

10　精巣内精子採取術に係る体制

精巣内精子採取術に係る届出	□ 有 □ 無	
精巣内精子採取術に係る届出を 行っている他の医療機関との連携	□ 有 □ 無	連携先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

11　患者からの相談対応等に係る体制

（１において生殖補助医療管理料１に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

患者からの相談に対応する専任の担当者	氏名 （　　）	職種 （　　）
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	氏名 （　　）	職種 （　　）

［記載上の注意］

１　医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「８」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「８」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

３　「10」の精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の医療機関との連携について、「有」にチェックがついた場合は、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

様式5の 12 の2

生殖補助医療管理料に係る報告書

１　配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

１－１ 配置人員	産婦人科専門医	（　　）名
	うち、生殖医療専門医	（　　）名
	泌尿器科専門医	（　　）名
	うち、生殖医療専門医	（　　）名
	看護師	（　　）名
	胚培養士／エンブリオロジスト	（　　）名
	コーディネーター	（　　）名
	カウンセラー	（　　）名

	治療の種類	年間実施件数（　　年）
１－２ 治療内容	人工授精	（　　）件
	採卵術	（　　）件
	体外受精	（　　）件
	顕微授精	（　　）件
	新鮮胚移植	（　　）件
	凍結・融解胚移植	（　　）件

１－３ 実施事項	自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。		□　該当する □　該当しない
	自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとっている。（自医療機関で分娩を取り扱っている場合は回答不要）		□　該当する □　該当しない
	医療安全管理体制が確保されている		
	①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	□　該当する □　該当しない
	②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	□　該当する □　該当しない
	③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に実施している	□　該当する □　該当しない
	④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	□　該当する □　該当しない
	⑤	自医療機関において保存されている配偶子、受精卵の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	□　該当する □　該当しない

	⑥	体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士／エンブリオロジストのいずれかの職種の職員２名以上で行っている。	□　該当する □　該当しない
	倫理委員会を設置している ※　委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる		□　該当する □　該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している		□　該当する □　該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を 20 年以上としている		□　該当する □　該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している		□　該当する □　該当しない

２　治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）

２－１　治療実績について

○　前年１年間に、治療開始時点において 35 歳以上 40 歳未満である女性に対して実施した治療の実績

【新鮮胚（卵）を用いた治療成績】

	IVF-ET	Split	ICSI	合計
採卵総回数（回）				
移植総回数（回）				
妊娠数（回）				
生産分娩数（回）				
移植あたり生産率（%）				

IVF-ET：採卵により得られた全ての卵子に対し、体外受精を実施
Split：採卵により得られた卵子に対し、体外受精と顕微授精に分けて実施
ICSI：採卵により得られた全ての卵子に対し、顕微授精を実施

【凍結胚を用いた治療成績】

	融解胚子宮内移植
移植総回数（回）	
妊娠数（回）	
生産分娩数（回）	
移植あたり生産率（%）	

２－２　来院患者情報

○　前年１年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数）

25 歳未満：（　　）名
25 歳以上 30 歳未満：（　　）名
30 歳以上 35 歳未満：（　　）名
35 歳以上 40 歳未満：（　　）名
40 歳以上 43 歳未満：（　　）名
43 歳以上：（　　）名

２－３　治療指針について

○　施設における統一された治療指針がありましたら記載して下さい。

（治療指針の例）
- 治療のステップアップ・ステップダウンに関する考え方
- 年齢に応じた治療の選択
- 調節卵巣刺激法（自然周期・低刺激、高刺激等）の選択

等

［記載上の注意］

１　各項目について、報告年の４月１日時点の状況について記載すること。

２　「１－１」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の１週間の勤務時間が、32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第 25 条第１項）

３　「１－１」の配置人員について、胚培養士／エンブリオロジストについては、生殖補助医療胚培養士又は臨床エンブリオロジスト等の認定を受けている者又は大学において胚培養に関する専門的な教育を受けた者であって胚を取り扱う業務に従事しているものを記載すること。ただし、産婦人科専門医又は泌尿器科専門医が兼務している場合は、人数に含めない。

４　「１－１」の配置人員について、コーディネーター及びカウンセラーについては、産婦人科専門医・泌尿器科専門医・看護師・胚培養士／エンブリオロジストが兼務する場合には、コーディネーター及びカウンセラーには含めないこと。

５　「１－２」の治療内容、「２－１」の治療実績及び「２－２」の来院患者情報については、報告の前年１年間（前年の１月から 12 月まで）の実績を記載すること。

様式５の 13

二次性骨折予防継続管理料１
二次性骨折予防継続管理料２
二次性骨折予防継続管理料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全て〇で囲むこと。

１　届出入院料 （管理料１又は２を届け出る場合のみ）	□急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）	
	□地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料	
２　骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名		
３　専任の看護師の氏名		
４　専任の常勤薬剤師の氏名		
５　管理料３のみを届出する場合であって「４」専任の常勤薬剤師がいない場合についてのみ。	地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制 あり□	（連携保険医療機関等の名） （薬剤師の名）
６　院内の研修会の開催状況	１年に１回以上の研修会の実施 あり□・なし□	（開催した日付）

［記載上の注意］

１　「６」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。

２　「６」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。

様式５の 14

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出書添付書類

下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を５年以上有している常勤医師

常勤医師の氏名	勤務時間 （時間／週）	診療科名	当該診療科の 経験年数	研修修了の有無
	時間		年	□
	時間		年	□

［記載上の注意］

１　常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　研修については、研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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〇で囲むこと

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　　（いずれかに〇をつけること。）

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに〇をした場合に限る。）

［記載上の注意］

１　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。

２　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。

３　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

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）

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　　（いずれかに〇をつけること。）

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに〇をした場合に限る。）

［記載上の注意］

１　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。

２　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

様式７の３

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	□	救急搬送看護体制加算１	□
		救急搬送看護体制加算２	□

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	救急医療の経験年数	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）			
□	□		年	□　医師 □　看護師
□	□		年	□　医師 □　看護師
□	□		年	□　医師 □　看護師
□	□		年	□　医師 □　看護師
□	□		年	□　医師 □　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	□
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	年　　月 ～　　年　　月 （　　）件

［記載上の注意］

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、救急医療に従事した年数を記載すること。

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。

様式７の６

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　　）	

様式７の７

地域包括診療料の施設基準に係る届出書添付書類

地域包括診療料の施設基準（□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	□
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	□
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	□
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	□
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	□
	地域ケア会議に年１回以上出席	□
	居宅介護支援事業所の指定	□
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	□
	介護サービス事業所の併設	□
	介護認定審査会に参加	□
	主治医意見書に関する研修会を受講	□
	医師が介護支援専門員の資格を有している	□
	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）	□

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	□
	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	□
	在宅療養支援診療所であること	□
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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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。

５　本届出は、２年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式７の８

小児かかりつけ診療料の施設基準に係る届出書添付書類

小児かかりつけ診療料の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

１　届　出	小児かかりつけ診療料１	□
	小児かかりつけ診療料２	□
２　標　榜	小児科を標榜する保険医療機関である。	□
３　配置医師	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名　　（　　）	
４　時間外に係る対応	（小児かかりつけ診療料１の場合） 時間外対応加算１又は２の届出を行っている。	□
	（小児かかりつけ診療料２の場合） 次のいずれかの基準を満たしている。 ア　時間外対応加算３の届出を行っている。 イ　以下のいずれも満たす。 （イ）　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っている。 （ロ）　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあっては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000 等）等の案内を行うなど、対応に配慮している。	□
５　３の医師が該当する項目 ※２つ以上に該当すること	ア　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。	□
	イ　定期予防接種を実施している。	□
	ウ　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。	□
	エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任している。	□

［記載上の注意］

１　４について、確認できる資料の写しを添付のこと。

２　５について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、５のウ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７の 10

外来／在宅／リハビリテーション　データ提出開始届出書

１．試行データ作成開始日

令和　　年　　月　　日

２．外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者

事　　項	担 当 者
所 属 部 署	
役　　職	
氏　　名	
電 話 番 号	
ＦＡＸ番号	
Ｅーｍａｉｌ	

〔記載上の注意〕

※　試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和５年５月 20 日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和５年６月及び７月のデータとなるため、本欄には令和５年６月１日と記載する。）。

〔届出上の注意〕

１　データの提出を希望する保険医療機関は、令和５年５月 20 日、８月 22 日、11 月 21 日又は令和６年２月 20 日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　様式７の 12 の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

様式７の 11

外来／在宅／リハビリテーション　データ提出加算に係る届出書

１．施設基準の状況（該当する項目にチェックをすること。）

□　データ提出加算に係る届出を行っていない。
□　「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に適切に参加できる。
□　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されている。
□　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。
□　患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされている。
□　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる。

２．届出を行う項目

□　外来データ提出加算
□　在宅データ提出加算
□　リハビリテーション提出加算

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

様式７の 12

外来／在宅／リハビリテーション　データ提出加算に係る辞退届

１．辞退年月日

令和　　年　　月　　日

２．辞退する項目

□　外来データ提出加算
□　在宅データ提出加算
□　リハビリテーション提出加算

３．辞退理由

〔届出上の注意〕

１　再度データ提出を行う場合にあっては、様式７の 10「外来／在宅／リハビリテーション　データ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　保険医療機関の廃止により外来／在宅／リハビリテーション　データ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおり外来／在宅／リハビリテーション　データ提出加算に係る届出を辞退します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

名称保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

（連絡先）担当者名
所属部署
電話番号
Ｅ－mail

様式８

（ニコチン依存症管理料
禁煙治療補助システム指導管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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〇をつけること。）

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1のイに掲げる初回の治療の算定回数 （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2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）	②　回
ニコチン依存症管理料1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）	③　回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 （前年4月1日から当年3月末日までの一年間）	④　回

・①から④までに係る期間	年4月1日～　年3月 31 日
・治療の平均継続回数＝（③＋④）／（①＋②）	回

６　情報通信機器を用いた診療を行う体制（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）

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を有する	□

［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。

３　令和４年３月 31 日時点で、ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出を行っている医療機関が、情報通信機器を用いた診療を行う体制について届出を行う場合は、「６」のみを記載して届出を行っても差し支えない。

４　「６」について、情報通信機器を用いた診療を行わない医療機関は、記載不要である。

様式8の2

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1のイに掲げる初回の治療の算定回数（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2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）	⑥ 回
ニコチン依存症管理料1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）	⑦ 回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数（前年4月1日から当年3月末日までの一年間）	⑧ 回

・喫煙を止めたものの割合＝（③＋④）／①	%
・治療の平均継続回数＝（⑦＋⑧）／（⑤＋⑥）	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1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上すること。

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　相談支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師		
氏名	職種	研修修了
		□
		□
		□
		□

[記載上の注意]

１　研修を修了している場合は、研修終了欄の□に✓を付けること。

２　専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師について、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式９

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、該当するものに〇をつけ、(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、該当するものに〇をつけること。

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）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。

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）５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。

様式 10

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「〇」、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。

様式 11

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。）

(1) 当該診療所の担当看護職員名：
(2) 連携保険医療機関の名称等
・名称：
・開設者：
・担当看護職員名：
・連絡先：
(3) 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：

７　緊急時に入院できる体制
（次のいずれかに〇をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。）

(1) 当該診療所のみで確保
(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保
・名称：
・開設者：
(3) 連携保険医療機関のみで確保
・名称：
・開設者：

８　次の項目に対応可能である場合・該当する場合に〇をつけること。

(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。
(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。
(4) 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、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若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していること。
(5) 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

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常勤の医師　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	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　適切な意思決定支援に関する指針を定めていること　□　該当

12　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	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]

1 「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。

2 「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。

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(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)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、「12」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。

様式 11 の2

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（次のいずれかに〇をつけること。）

（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　当該病院における地域包括ケア病棟入院料の届出有無

□：地域包括ケア病棟入院料1
□：地域包括ケア病棟入院料3
□：地域包括ケア病棟入院医療管理料1
□：地域包括ケア病棟入院医療管理料3
□：上記以外の地域包括ケア病棟入院料・管理料
□：届出なし

6　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：

7　24 時間往診が可能な体制

当該病院の担当医師名：

８ 24 時間訪問看護が可能な体制
（⑵がある場合には名称等を記入すること。）

⑴ 当該病院の担当看護職員名
⑵ 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:

９ 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に〇をつけること。
⑴「８」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。
⑵ 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。
⑶ 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。
⑷ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、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若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していること。
⑸ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

１０ 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

１１ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること □ 該当

［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、「６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 「１０」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 「１０」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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式11の3

（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）

※該当するものを〇で囲むこと

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
以下は機能強化型の在支診・在支病のみ回答。	
3．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若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議への出席回数（直近1年間）	（　　）回
4．往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	（　　）医療機関
5．（病院の場合のみ回答）在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保している	□　該当する
6．（病院の場合のみ回答）在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った回数（直近1年間）	（　　）回

［記載上の注意］

1　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。

2　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。

3　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。

4　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。

5　Ⅲについては、在宅療養支援診療所が記入すること。

6　Ⅴ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。

様式11の４

在宅支援連携体制に係る報告書（新規・７月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

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
４．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若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議への出席回数（直近１年間）	（　　）回
５．往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	（　　）医療機関

［記載上の注意］

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の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。

様式11の５

在宅療養実績加算に係る報告書（新規・７月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

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

［記載上の注意］

1　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。

2　Ⅰの２（１）の「うち医療機関以外のでの死亡者数」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。

3　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。

4　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

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

［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 年　月　日　主治医						【退院時患者状態】　病院名 年　月　日　主治医			

［記載上の注意］
※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。

様式 13

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

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・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

指定等について（いずれかに〇をつける）

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．連携保険医療機関に係る事項

連携保険医療機関名	連絡先

３．連携保険医療機関に係る事項

計画策定病院	連絡先

[記載上の注意]

１　計画策定病院が届出る場合は、「１」及び「２」を記載すること。「２」の連携保険医療機関は、連携する保険医療機関を全て記載すること。

２　連携医療機関が届出る場合は、「３」を記載すること。

３　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。

４　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。

様式13の3

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

○○○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。

様式 13 の 4

外来排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　排尿自立支援加算のチームとの関係

（該当する□に「✔」を記入すること。）

□　排尿自立支援加算と同一のチームであり、届出済み
（※２の記載は不要）

□　排尿自立支援加算と同一のチームであり、排尿自立支援加算も同時に届出
（※２の記載は不要であり、排尿自立支援加算の届出様式に記載すること）

□　排尿自立支援加算とは異なるチームを届出
（※２を記載すること）

２　外来における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		□泌尿器科 □３年以上の経験 □自院 □他院 □その他の診療科 （　　） □研修受講 □自院 □他院
イ　専任の常勤看護師		□研修受講 □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		□経験（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「１」において「排尿自立支援加算とは異なるチームを届出」に「✔」を記入した場合に限り、「２」を記載すること。

２　「２」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、適切な研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。イに掲げる看護師については、所定の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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の有無を記載すること。

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医師の氏名等	
医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

様式 13 の 7

こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該指導を共同で行う保険医療機関

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他：　　）
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他：　　）
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他：　　）
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他：　　）
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他：　　）

2　当該指導を担当する医師

氏名	自殺等に関する適切な研修の受講		
	受講年月日	講習会名	当該講習の主催者

様式 13 の８

こころの連携指導料（Ⅱ）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．　こころの連携指導料（Ⅱ）に係る精神保健福祉士（複数の場合該当者全て） （氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
３．　こころの連携指導料（Ⅱ）の算定に当たり、想定しているかかりつけ医等との情報共有方法（□には、該当するもの全てに「✓」を記入すること。 □　文書で情報提供を行う。 □　電話で情報提供を行う。 □　電子メールで情報提供を行う。 □　カンファレンスを開催する（対面及びオンラインツールでの開催を含む。）。 □　その他（具体的に：　　）

様式 14

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］

１　「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。

２　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、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、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。

３　調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を添付すること。

様式 14 の２

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 （該当するものを〇で囲むこと）	
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 （実施するもの全てを〇で囲むこと）	
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 （該当するものを〇で囲むこと）	
10	ストレージ	有　・　無 （該当するものを〇で囲むこと）	
		（「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 （該当するものを〇で囲むこと）

※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

様式 15

（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〇で囲むこと。

※　該当する番号を〇で囲むこと。

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 16

精神科退院時共同指導料１
精神科退院時共同指導料２

の施設基準に係る届出添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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．　精神科退院時共同指導に専任の精神保健福祉士 （氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 17

歯科治療時医療管理料
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〇をつけること。）

	歯科治療時医療管理料
	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〇で囲むこと）

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		
救急蘇生セット		

様式 17 の２

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、歯周病重症化予防治療の算定回数	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　歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績（届出前１年間）

①　歯科訪問診療１又は歯科訪問診療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　他の保険医療機関との連携の実績（届出前１年間）

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の受講歴等

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	

※　研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

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	（実施回数）　　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、退院前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　学校歯科医等に就任	（学校等の名称）
⑩　介護認定審査会の委員の経験	（在任期間）　年　月 ～　年　月
⑪　過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力	（施設名） （実施日）　年　月　日
⑫　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

※１　５に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※２　※１に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか１名について記載すること。

※３　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。

※４　⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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）		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生セット		
歯科用吸引装置		

様式 18

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（該当するものに〇をつけること）

	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 （7以外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の算定回数　　＿＿＿＿＿回

※ 歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理等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	

※ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等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又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧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（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）

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. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前１年間の実績）

依頼元（施設名等）	回数	依頼元（施設名等）	回数
	回		回
	回		回
	回		回

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 次のうち該当する項目に記載すること。

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に年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（届出前１年間）	（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（年１回）	（保険医療機関名）

② 次のうち該当する項目に、算定回数（届出前１年間）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。

様式 18 の2

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。

様式 19

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　次のいずれかに〇をつけること。 (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)に〇をつけた場合には、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)に〇をつけた場合には、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。

様式 20

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：　　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。

様式 20 の 1 の 2

救急搬送診療料「注４」に掲げる
重症患者搬送加算に係る届出書添付書類

１　重症患者搬送加算に係るチームの構成員

職種	氏　　名	経験年数

２　重症患者搬送に関する研修の実施状況

研修の実施頻度
年　　回

［記載上の注意］

１　職種の欄には、医師、看護師又は臨床工学技士と記入すること

２　従事者が医師である場合は、経験年数の欄に集中治療に従事した経験年数を記入すること。

３　従事者が小児科医師である場合は、経験年数の欄に小児の特定集中治療の経験年数を記入すること。

様式 20 の２

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

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。）
(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
・名称：
・開設者：
(3) 連携保険医療機関のみで確保
・名称：
・開設者：

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。）
(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で差し支えない。）
・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２の２

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〇をつけること。）

１　緩和ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

２　褥瘡ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

３　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

［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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 20 の３

在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む）に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　24 時間訪問看護が可能な体制（該当する□に「✔」を記入すること。）

□ 当該保険医療機関のみで体制を確保 □ 他の保険医療機関と連携 ・名　称：（　　） ・開設者：（　　） ・連絡先：（　　） □ 他の訪問看護ステーションと連携 ・名　称：（　　） ・開設者：（　　） ・連絡先：（　　）

２　許可病床数（病院の場合のみ、該当する□に「✔」を記入すること。）

□　400 床未満	□　400 床以上 （※３のアの要件を満たしていること）

３　訪問看護等に係る実績

該当する□に「✔」	項　　目	（　　）年度の算定回数
□	ア　在宅患者訪問看護・指導料３又は同一建物居住者訪問看護・指導料３	回
□	イ　在宅患者訪問看護・指導料の注６（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる乳幼児加算	回
□	ウ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者への在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料	回
□	エ　在宅患者訪問看護・指導料の注 10（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる在宅ターミナルケア加算	回
□	オ　退院時共同指導料１又は２	回
□	カ　開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）	回

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「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制

（　　有　　・　　無　　）

２　常勤医師に係る要件

呼吸器内科について3年以上の経験を有する常勤の医師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

３　看護師に係る要件

呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の経験年数については、呼吸器内科における経験年数を記載すること。

２　「２」及び「３」については、医師及び看護師の就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 20 の３の３

在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６により準用する場合を含む）に規定する専門管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出事項（届出を行うものに〇をつけること）

（１）　緩和ケア

（２）　褥瘡ケアに係る専門研修

（３）　人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

（４）　特定行為

２　専門の研修を受けた看護師の氏名等

（１）　緩和ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

（２）　褥瘡ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

（３）　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修

氏　　名	氏名

（４）　特定行為研修

氏　　名	氏名

［記載上の注意］

（１）、（２）、（３）及び（４）の専門の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式20の4

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
(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。） ・担当者名: ・連絡先:
3　次の項目に対応可能である場合に〇をつけること。 (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。 (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。 (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。

［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。

様式20の5

在宅療養後方支援病院に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

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

［記載上の注意］

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。

様式20の6

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
				年	年	□
				年	年	□
				年	年	□

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
				□
				□
				□

［記載上の注意］

１　「１」の在宅褥瘡管理者については、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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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）	名
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）	名
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）	名
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	名

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
DDTI	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．重度の末梢循環不全のもの	名
	２．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
	３．強度の下痢が続く状態であるもの	名
	４．極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	５．皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	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
DDTI	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-R2020 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-R2020 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）指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出	有　・　無
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 ・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 脳神経外科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の経験年数	膠芽腫の治療の経験症例数	所定の研修の有無
	時間	年	例 うち過去５年間の経験症例数 例	有・無
	時間	年 年	例 うち過去５年間の経験症例数 例	有・無
	時間	年	例 うち過去５年間の経験症例数 例	有・無

［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、手術、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した膠芽腫症例一覧（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」の常勤医師の勤務時間について、週あたりの所定労働時間を記載すること。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 20 の 11

在宅経肛門的自己洗腸指導管理料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	勤務時間	大腸肛門疾患の 診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
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	勤務時間	排便障害を有する患者の 看護の経験年数
	時間	年
	時間	年

［記載上の注意］

１　「１」及び「２」の医師・看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 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	
	歯科医師名	
	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	
	歯科医師名	
	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	
	歯科医師名	
	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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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・令和＿＿＿＿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、容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。

様式 21 の３

（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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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	
	担当歯科医氏名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(2)連携保険医療機関（歯科診療所）

(2)	名　称	
	所　在　地	
	担　当　医　氏　名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(3)連携保険医療機関（歯科診療所）

(3)	名　称	
	所　在　地	
	担　当　医　氏　名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

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

様式 21 の4

在宅歯科医療推進加算の施設基準に係る届出書添付書類

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)／3

＿＿＿＿＿＿ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合:①／(①＋②＋③)

＿＿＿＿＿＿

[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。

様式 22

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〇で囲むこと。

1　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
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　「1」の臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、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を添付すること。

2　「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　「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　「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。

5　「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

6　「7」について、認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

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	常勤医師の氏名	勤務時間	産婦人科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年

［記載上の注意］

「２」の産婦人科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 22 の３

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td>１　当該保険医療機関において施設基準の届出を行っている管理料等
（該当するものに〇）
（複数可）</td><td colspan="4">（　）救命救急入院料の「１」
（　）救命救急入院料の「２」
（　）救命救急入院料の「３」
（　）救命救急入院料の「４」
（　）特定集中治療室管理料の「１」
（　）特定集中治療室管理料の「２」
（　）特定集中治療室管理料の「３」
（　）特定集中治療室管理料の「４」
（　）小児特定集中治療室管理料
（　）新生児特定集中治療室管理料の「１」
（　）新生児特定集中治療室管理料の「２」
（　）総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料</td></tr>
<tr><td rowspan="6">２　当該保険医療機関において感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師の氏名等</td><td>常勤医師の氏名</td><td>該当する
経験分野</td><td>勤務時間</td><td>当該分野の
経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>・感染症診療
・臨床検査</td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>・感染症診療
・臨床検査</td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>・感染症診療
・臨床検査</td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>・感染症診療
・臨床検査</td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>・感染症診療
・臨床検査</td><td>時間</td><td>年</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」の該当する経験分野については、該当するものに〇印をつけること。

様式 23

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	勤務時間	遺伝カウンセリングの経験年数
□		時間	年
□		時間	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 22 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。医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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１の２

染色体検査の注２に規定する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　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について 10 年以上の経験を有しており、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として 20 例以上の症例を実施している医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該検査の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例

３　看護師の氏名（１名以上）

４　臨床検査技師の氏名（１名以上）

（当該保険医療機関内で実施する場合）

５　緊急手術の体制

（１）緊急手術が可能な体制 （いずれかに〇をつけること。）	・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している
（２）連携により有している場合は、当該連携医療機関の名称	

６　遺伝カウンセリング加算の施設基準の届出の有無

（　有　・　無　）

当該届出を行っている連携保険医療機関名

［記載上の注意］

１　「２」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

３　「５」の緊急手術の体制について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「６」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っ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は、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

様式 23 の２

骨髄微小残存病変量の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する区分について（該当する区分に〇印をつける） ・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				
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科				
３　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	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
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	常勤医師の氏名		勤務時間	血液内科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
５　関係学会による認定の有無 （ 有 ・ 無 ）				
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 （ 有 ・ 無 ）				
７　当該検査を委託する施設				
名称	住所			確認方法

［記載上の注意］

１　「３」及び「４」の内科又は小児科及び血液内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「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。

３　「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 23 の３

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（腫瘍細胞を検体とするもの／血液を検体とするもの）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師に係る事項			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年

２　化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師に係る事項			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年

３　化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は膵腫瘍について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師に係る事項			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年

４　化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師に係る事項

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年

５　遺伝カウンセリング加算の施設基準の届出の有無

（　有　・　無　）

当該届出を行っている連携保険医療機関名

［記載上の注意］

１　腫瘍細胞を検体とするものについて、卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「１」、前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「４」を記入すること。

２　血液を検体とするものについて、卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「１」、乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「２」、膵癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「３」、前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「４」、乳癌又は卵巣癌患者に対して、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として実施する場合には、「１」又は「２」のいずれかを記入すること。

３　「１」から「４」までの常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　「５」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っ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は、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

様式 23 の４

（がんゲノムプロファイリング検査／遺伝性腫瘍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　がんゲノムプロファイリング検査の実施施設について（該当するものを〇で囲む。） がんゲノム医療中核拠点病院　・　がんゲノム医療拠点病院　・がんゲノム医療連携病院
２　検査に係る適切な第三者認定　（　有　・　無　）
３　検査を委託する第三者認定を受けた衛生検査所名
４　シークエンスデータ、解析データ等を患者に提供できる体制　（　有　・　無　）
５　得られたデータ等をがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に全例提出していること （　該当する　・　該当しない　）
６　臨床情報等の提出について、「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること （　該当する　・　該当しない　）
７　得られた結果について、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること （　該当する　・　該当しない　）
８　管理簿等の作成　（　有　・　無　）
９　エキスパートパネルの開催に際して、所定の要件に基づき開催していること （　該当する　・　該当しない　）
10　当該医療機関における当該検査の年間実施件数　件
11　当該医療機関におけるＣ－ＣＡＴへの年間データ提出件数　件
12　当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係る エキスパートパネルの年間実施件数　件
13　当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した年間総件数　件

［記載上の注意］

１　「２」から「13」については、がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

２　「５」について、当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。

３　「７」について、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。

４　「10」から「13」について、実績期間は前年１月１日から当年 12 月 31 日までの期間とする。ただし、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である。

様式 23 の５

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う区分について（該当する区分に○印をつける） ・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			
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
３　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
４　常勤の臨床検査技師の氏名			
５　当該検査に用いる機器の保守管理の計画の有無 （ 有 ・ 無 ）			
６　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 （ 有 ・ 無 ） 当該届出を行っている連携保険医療機関名			
７　当該検査を委託する施設			
名称	住所	確認方法	

［記載上の注意］

１　「３」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「４」及び「５」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、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。

３　「６」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っ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は、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

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。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 23 の６

先天性代謝異常症検査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　児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の３第１項に規定する指定医である常勤の医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間
		時間
		時間
		時間

［記載上の注意］

「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該医師について、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の３第１項に規定する指定医であることを証する文書の写しを添付すること。

様式 23 の７

抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体の施設基準に係る届出書添付書類

関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準への該当性
該当　・　非該当

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〇で囲むこと。

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）	（勤務時間）	（当該診療科の経験年数）
（常　勤）		時間	年
			年
（非常勤）			年
			年

(2)　５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師

	（勤務時間）	
（常　勤）		年
	時間	年
（非常勤）		年
		年

(3)　５年以上の麻酔科の経験を有する医師

	（勤務時間）	
（常　勤）		年
	時間	年
（非常勤）		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　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。

２　「１」及び「５」は、Ｋ５９７ペースメーカー移植術の「３」リードレ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、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「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。

４　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 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	当該診療科の経験年数	当該検査の経験症例数
		年	例
		年	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	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
４　倫理委員会の設置状況	有　・　無		

［記載上の注意］

１　「２」については、医師が経験した当該検査症例一覧（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。

２　「３」の産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　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

人工膵臓検査及び人工膵臓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　当直　　名 その他（　　）　　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〇で囲むこと

１　届出する区分について（該当する区分に〇印をつける） ・間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 ・間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合			
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	勤務時間	糖尿病の治療の経験年数	研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	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		
４　常勤看護師又は薬剤師の氏名及び経験年数			
常勤看護師又は薬剤師の氏名	持続皮下インスリン注入療法に従事した経験年数	研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		

［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５年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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。

４　「４」については、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合に記入すること。常勤看護師又は薬剤師は糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を２年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

５　、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、「２」の常勤医師及び「４」の常勤看護師又は薬剤師については、該当するすべての医師、看護師、薬剤師について記載すること。

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

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該検査の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例

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」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 24 の 7

ヘッドアップティルト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				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該検査の経験症例数
		時間	年	例

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
（　　有　　・　　無　　） （概要）

［記載上の注意］

「１」の産婦人科、神経内科、循環器内科又は小児科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 25

（長期継続頭蓋内脳波検査
脳刺激装置植込術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〇で囲むこと。

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	常勤医師の氏名	勤務時間
□		時間
□		時間
□		時間

［記載上の注意］

１　「２」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術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。

２　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、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 22 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。

３　当該届出は、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術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。

様式 25 の２

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年間実施件数　　例			
４　てんかんの治療を目的とする手術の年間実施件数　　例 ＜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）			
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） （テスラ数）	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　てんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等（１名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	時間	科	年
	時間	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、内科的治療、外科的治療との連携　等）	
10　関係学会による教育研修施設としての認定　　有　・　無 学会名： 認定年月日：	
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］

１　「３」及び「４」については、当該検症例一覧（実施年月日、検査・手術名、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。

２　「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。

３　「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。

４　「６」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　「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。

様式 25 の３

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　常勤医師の氏名等

	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	所定の研修修了年月日
（１）５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師の氏名等			時間	年	
			時間	年	
（２）てんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師			時間	年	
			時間	年	

３　常勤の臨床工学技師の氏名	

４　保守管理の計画　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「２」には、５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びてんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名をそれぞれ記載すること。なお、（１）と（２）の医師は別の医師であること。また、頭蓋内電極植込術に関する所定の研修を修了している医師については、当該研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　「２」の常勤医師及び「３」の常勤臨床工学技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「４」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 26

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　　年　　月　　日
3　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）×１００％ ＝　　％

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲施設基準通知第２の４の⑵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。

様式 26 の２

光トポグラフィー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　　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	常勤の精神保健指定医の氏　名	勤務時間	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）
		時間	例		有　・　無
		時間	例		有　・　無
		時間	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	常勤医師の氏名	勤務時間
		時間

（７）　常勤の臨床検査技師の氏名等

常勤の臨床検査技師の氏名	勤務時間
	時間

（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）×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	□ 常時対応型精神科救急医療施設 □ 身体合併症対応施設 □ 地域搬送受入対応施設 □ 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	□ 輪番対応型精神科救急医療施設 □ 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　「１」の（２）及び（９）は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定める共同利用率に係るものであること。

２　「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。

３　「１」の（５）、（６）及び（７）の職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　「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。

５　「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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

６　「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。

７　「１」の（９）について

（１）　④による施設利用率が２０％以上であること。

（２）　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。

（３）　「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。

８　「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。

様式 26 の３

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。

様式 27

脳磁図 （自発活動を測定するもの／その他のもの） の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　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	勤務時間	脳磁図の経験年数
□		時間	年
□		時間	年
□		時間	年
２　他の保険医療機関からの依頼による診断（過去１年間）			例
３　長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準の届出の有無 ※　「自発活動を測定するもの」を届け出る場合に限り選択。			
有　・　無			

［記載上の注意］

１　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。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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 22 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　「２」については、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　脳磁図の「自発活動を測定するもの」を届け出る場合は、本様式と「長期脳波ビデオ同時撮影検査１の施設基準に係る届出書添付書類」（様式 25 の２）を併せて提出すること。ただし、既に当該施設基準に係る届出を行っている場合は、改めて提出する必要はないこと。

様式 27 の２

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	勤務時間	診療科名	脳波診断に関する診療の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	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　（　有　・　無　） 学会名： 認定年月日：			
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］

１　「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。

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」については、認定されていることが確認できる書類を添付すること。

様式 27 の２の２

終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="3">１　睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数</td><td>日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">２　常勤臨床検査技師の氏名等</td><td colspan="2">常勤臨床検査技師の氏名</td><td colspan="2">勤務時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">時間</td></tr>
<tr><td>３　当該保険医療機関における睡眠ポリグラフィー検査及び反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）の年間実施件数</td><td colspan="2">終夜睡眠ポリグラフィー検査
＿＿＿　件</td><td colspan="2">反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
＿＿＿　件</td></tr>
<tr><td colspan="5">４　睡眠検査に関する安全管理マニュアル策定の有無
（ 有 ・ 無 ）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師及び「２」の常勤臨床検査技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、「１」については、当該医師の研修会修了証書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　「２」については、「終夜睡眠ポリグラフィー検査」は、区分番号「Ｄ２３７」に掲げる終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の場合の実施件数を、「反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）」は、区分番号「Ｄ２３７－２」に掲げる反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）の実施件数を、それぞれ記載すること。

３　「３」については、当該検査症例一覧（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　「４」については、当該医療機関内で策定された睡眠検査に関する安全管理マニュアルを添付すること。

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。

様式 27 の４

単線維筋電図の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。			
			科
２　脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
３　筋電図・神経伝導検査を100例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名		勤務時間	筋電図・神経伝導検査の経験症例数
		時間	例
		時間	例
４　当該保険医療機関において１年間に実施した筋電図・神経伝導検査の件数			
			例

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「３」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。ただし、「４」については、日本臨床神経生理学会による教育施設又は準教育施設の認定に係る証明書等（筋電図・神経伝導検査の件数が分かるものに限る。）の添付をもってこれに代えることができること。

３　「３」については、「２」の医師と同一の者であっても差し支えない。

様式 28

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	勤務時間	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
□		時間		年
□		時間		年
□		時間		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	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
	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」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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 22 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」に記入した医師の研修会修了証書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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。

様式 29

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	医師の氏名	勤務時間
□		時間
□		時間

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」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。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 22 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、医師の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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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	勤務時間
□		時間
□		時間
□		時間

［記載上の注意］

「２」常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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 22 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、当該医師の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（眼鏡等適合判定医師研修会）の修了証書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 29 の３

（黄斑局所網膜電図／全視野精密網膜電図）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項に○をつけること

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　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年

３　当該検査を行うために必要な装置・器具（製品名等）

［記載上の注意］

１　「１」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「３」については、該当する項目の検査を行うために必要な装置・器具の製品名等を記載すること。

様式 30

（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類

※　該当する届出項目に○を付けること

届出種別 ・新規の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
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 ②／①　×１００　＝　　％		
4　眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
氏　名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
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 ④／（④＋⑤）　×１００　＝　　％		
9　眼科の病床を有している。 （該当する・該当しない）		

［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」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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。

様式 31

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	勤務時間	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数
□		時間	年
□		時間	年

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」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。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 22 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。

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	勤務時間	薬疹の診断及び治療の経験年数
	時間	年
	時間	年

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」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 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	医師の氏名	当該診療科の経験年数	当該生検の経験症例数
		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	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
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］

１　「２」の「２単独法」のうち色素のみによるものを届出る場合、「５」の記載は不要であること。

２　「３」については、当該生検症例一覧（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。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 31 の４

前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

２　専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について４年以上の経験を有し、前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）を主として実施する医師として５例以上の症例を実施している医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）に係る経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例

３　放射線科の経験を５年以上有している医師の氏名（１名以上）	

４　当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無

（ 有 ・ 無 ）

５　撮影に使用するＭＲＩ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）

［記載上の注意］

１　「２」の泌尿器科を担当する医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

様式 32

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〇で囲むこと。

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	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数	医療機関勤務
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□
	時間	年	□

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）×100

＝　　％

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

7　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

8　当該保険医療機関における、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る責任者の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数	医療機関勤務
	時間	年	□

［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。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、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 22 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□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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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」、「７」及び「８」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」、「７」及び「８」は記載する必要はないこと。

６　画像診断管理加算２及び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、ＭＲＩ装置の適切な安全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　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。

８　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、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類添付すること。また、「８」の常勤医師については、「２」の常勤医師に係る記載に準じて記載すること。

様式 33

（歯科画像診断管理加算１
歯科画像診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等

２　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名等（複数記入可）（１名以上）

常勤歯科医師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

３　地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日

年　　月　　日

４　歯科用３次元エックス線断層撮影、コンピューター断層診断（歯科疾患に係るものに限る。）に係る事項

当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
①　　件	②　　件	③　　件

読影結果が翌診療日までに読影されている率　＝　＿＿＿＿＿％

（③／①×100）

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

［記載上の注意］

１　「２」の常勤歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「４」については、届出前３か月間の件数を記入すること。

３　歯科画像診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「４」は記載する必要はないこと。

様式 34

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　画像診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理加算（　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。） ・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 ・「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する病院
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。

様式 35

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	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。

様式 36

（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〇で囲むこと。

1　届出区分　・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	勤務時間	核医学診断の経験年数
		時間	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	勤務時間	診断撮影機器
		時間	
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　＝　　％			
4　施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関　（該当するものに〇をつける） 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　「１」は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定めるところによるものであること。

２　「２」の常勤医師及び診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の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がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

３　「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。

様式 37

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出書添付書類

今回の届出について （いずれかに〇印をつける）	新規届出　・　機器の追加　・　機器の取下
１　届出を行う項目について （該当するものに〇印をつける） ・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） ２　〇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。） （機種名） （型　番） （メーカー名） （テスラ数等）	
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）×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）×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。

機器の入替の場合には、「機器の追加」と「機器の取下」をそれぞれ作成すること。なお、機器の取り下げの場合は「１」及び「２」のみ記入すれば足りる。

２　「１」及び「２」については、機器ごとに記入すること。

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）の届出を行う場合は、「５」及び「６」についても必ず記入すること。

５　「７」については、64 列以上のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）において、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入すること。また、64 列以上のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）が２台以上ある場合には、合算した実績を記入すること。

様式 37 の２

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出書添付書類

１　撮影に使用する機器について　（使用する機器に〇印をつける）

・マルチスライスＣＴ

（　６４列以上　　１６列以上６４列未満　）

２　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等

（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（列数又はテスラ数）

３　当該病院の許可病床数	床

４　標榜診療科

（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

５　循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	心血管インターベンション治療の経験年数
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年

６　経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数　　例

７　経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例数等

当該保険医療機関における血流予備量比コンピューター断層撮影の実施症例数	うち、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例数
件	件

８　関係学会による教育研修施設としての認定等

関連学会名	認定年月日

９　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

［記載上の注意］

１　「５」、「７」及び「８」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、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 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(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。）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　「６」については経皮的冠動脈形成術は 100 例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「７」については、届出の前年の件数を記入すること。また、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例の一覧を別添２の様式 52 により添付すること。その際、「検査名・処置名・手術名」の欄には、「血流予備量比コンピューター断層撮影」と記載すること。

４　「８」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 38

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算
冠動脈ＣＴ撮影加算
外傷全身ＣＴ加算
心臓ＭＲＩ撮影加算
乳房ＭＲＩ撮影加算
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算
頭部ＭＲＩ撮影加算
全身ＭＲＩ撮影加算
肝エラストグラフィ加算
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
（ＭＲＩ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〇で囲むこと。

1　撮影に使用する機器について　（使用する機器に〇印をつける） ・マルチスライスＣＴ （　６４列以上　　１６列以上６４列未満　） ・ＭＲＩ （　３テスラ以上　　１．５テスラ以上３テスラ未満　）
2　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 （ＣＴの場合は列数、ＭＲＩの場合はテスラ数を記載すること。） （機種名） （型　番） （メーカー名） （列数又はテスラ数）

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

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器疾患の診療の経験年数
		時間	年

4　小児のＭＲＩ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

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児のＭＲＩ撮影及び画像診断に関する経験年数
		時間	年
		時間	年

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			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児麻酔の経験年数
		時間	年
		時間	年

６　画像診断を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

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撮影加算の届出を行う場合に記載すること。

５　「６」及び「11」については、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（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、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が１０年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

６　頭部ＭＲＩ撮影加算及び全身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、全身ＭＲＩ撮影加算、肝エラストグラフィ加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の届出を行う場合に記載すること。

８　「８」については、外傷全身ＣＴ加算の届出を行う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）の届出を行う場合に記載すること。

10　「10」については、頭部ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合に記載すること。

様式 38 の 1 の 2

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

様式 38 の 1 の 3

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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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	

様式 38 の１の４

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準の届出書添付書類

１　当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年

２　当該検査に係る機器の保有状況

	概　　要	
歯科用筋電計	医療機器承認/認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

様式 38 の２

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

	氏　　名	経　験　年　数
当該化学療法の 専任の常勤医師		年
		年
		年
		年

［記載上の注意］

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。

様式 38 の３

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（いずれかに〇を付す）

（　）　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）90%以上）
（　）　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）85%以上90%未満）
（　）　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）75%以上85%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（　　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」（令和４年３月４日保医発 0304 第７号）を参照すること。

様式 38 の４

経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出書添付書類

１　呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する呼吸器内科又は呼吸器外科を担当する常勤の医師の氏名等（２名以上で、少なくとも１名は 10 年以上の経験を有していること。）

常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器系疾患の 診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

２　診療放射線技師の氏名

診療放射線技師の氏名	

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」の常勤医師の勤務時間については、勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 38 の 5

口腔細菌定量検査の施設基準の届出書添付書類

１　当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年

２　当該検査に係る医療機関の体制状況等

	概　　要	
口腔細菌 定量分析装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

※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。

様式 39

外来腫瘍化学療法診療料１
外来腫瘍化学療法診療料２
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〇で囲むこと。□には、適合する場合「✓」を記入すること。

１　届　出	外来腫瘍化学療法診療料１	□
	外来腫瘍化学療法診療料２	□
	外来化学療法加算１	□
	外来化学療法加算２	□
２　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	
３　当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
４　当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の看護師の氏名		
５　当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
６　本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制（外来腫瘍化学療法診療料のみ）	（連絡先）	
７　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 可　・　不可	（不可の場合、連携保険医療機関名）

［記載上の注意］

１　当該治療室の平面図を添付すること。

２　外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算１の施設基準に係る届出に当たっては、「３」の医師、「４」の看護師及び「５」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　「３」については、外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算１に係る届出の場合のみ記入すること。
４　外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算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。
５　外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算の治療室及び急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制については、兼用して差し支えない。また、人員体制についても兼任して差し支えない。

様式 39 の２

連携充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

連携充実加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている		□
②	外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加している		□
③	ア　当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できる		□
	イ　当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等の実施		□
	ウ　他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制がある		□
	エ　ウの体制について、ホームページや研修会等で周知している		□
④	化学療法の専任の常勤管理栄養士の氏名		

［記載上の注意］

１　③のアについては、確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

２　④の管理栄養士は、外来化学療法を実施している保険医療機関に５年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する者であること。

３　連携充実加算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、承認する委員会の構成員を記載した文書を添付すること。

様式 40

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td>薬剤師</td><td>常　勤（２名以上）　　名</td><td>非常勤　　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td>平方ﾒｰﾄﾙ</td></tr>
<tr><td rowspan="4">無菌処理施設</td><td colspan="2">１　無菌室
２　クリーンベンチ
３　安全キャビネット　　（番号に〇をつけること。）</td></tr>
<tr><td>形　式　・　規　格</td><td></td></tr>
<tr><td>空気清浄度、集塵効率等</td><td></td></tr>
<tr><td>台　数　等</td><td></td></tr>
<tr><td>無菌製剤処理用器具・備品等の一覧</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

［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、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、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。

様式 41

（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〇で囲むこと。

<table>
<tr><td colspan="2">標榜診療科</td><td colspan="7">循環器内科　・　心臓血管外科</td></tr>
<tr><td colspan="2">循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">緊急時に備える体制</td><td colspan="7">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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td rowspan="5">従事者数</td><td>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。）</td><td>常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td>非常勤</td><td>専任（常勤換算）</td><td>名（名）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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。）</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名（名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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。）</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名（名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">専用の機能訓練室の面積</td><td colspan="7">平方メートル</td></tr>
<tr><td colspan="9">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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">酸素供給装置</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">除細動器</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">心電図モニター装置</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">トレッドミル</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">エルゴメーター</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">血圧計</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">救急カート</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">運動負荷試験装置</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

そ　　の　　他		
初期加算届出の有無 （該当するものに〇）	有　・　無	
リハビリテーション科の医師の氏名		□常勤換算
		□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ればよい。

２　「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに〇をつけること。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、循環器内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 22 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、有に〇をつけた場合には、「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 22 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。

様式 42

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○）	（　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ） （　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ） （　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅰ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅱ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅲ） （　）呼吸器リハビリテーション（Ⅰ） （　）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（名）
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従（常勤換算）	名（名）
			専任	名		専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従（常勤換算）	名（名）
			専任	名		専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従（常勤換算）	名（名）
			専任	名		専任	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	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

□　訓練マット
□　治療台
□　砂嚢などの重錘
□　各種歩行補助具
□　各種測定用器具（角度計、握力計等）
□　血圧計
□　平行棒
□　姿勢矯正用鏡
□　各種車椅子
□　傾斜台
□　各種装具（長・短下肢装具等）
□　家事用設備
□　各種日常生活動作用設備
□　聴力検査機器
□　音声録音装置
□　ビデオ録画システム
□　呼吸機能検査機器
□　血液ガス検査機器

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		□常勤換算
		□常勤換算

［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 22 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、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　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、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。また、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。

６　具備している器械・器具について□に「✓」を記入すること。

別紙様式 42 の２

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

１．疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年６月１日から 30 日までの１ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、１人として計算すること。

	入院中の患者以外の患者	入院中の患者
＜脳血管疾患等リハビリテーション料について＞		
1）脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（180 日）を超えた患者 **※ 2）は 3）と 5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
＜廃用症候群リハビリテーション料について＞		
1）廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（120 日）を超えた患者 **※ 2）は 3）と 5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
＜運動器リハビリテーション料について＞		
1）運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2）　1）のうち、標準的算定日数（150 日）を超えた患者 **※ 2）は 3）と 5）を足し合わせた数**	人	人
3）　2）のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4）　3）のうち、要介護被保険者等		
5）　2）のうち、月 13 単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

２．患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年６月１日から７日までの１週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月 13 単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1）年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援１ 2.要支援２ 3.要介護１ 4.要介護２ 5.要介護３ 6.要介護４ 7.要介護５	3）主な傷病 ※○は１つだけ					4）上限日数となってからの期間 ※○は１つだけ				5）ＡＤＬ				6）単位数
			脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上	ＢＩ（Barthel Index）		ＦＩＭ（126点満点でご記入ください）		リハビリテーションの単位数（／週）
												4）のはじめ	現在	4）のはじめ	現在	
例	*75*	*6*	1	(2)	3	4	5	1	2	(3)	4	*30*	*60*	*1*	*2*	*7*
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

[記載上の注意]

１．については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

様式 43

（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〇で囲むこと。

<table>
<tr><td rowspan="10">従
事
者</td><td>医　師</td><td>常
勤</td><td>専　任</td><td>名</td><td>非
常
勤</td><td>専　任
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">看　護　師</td><td rowspan="2">常
勤</td><td>専　従</td><td>名</td><td rowspan="2">非
常
勤</td><td>専　従
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専　任</td><td>名</td><td>専　任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常
勤</td><td>専　従</td><td>名</td><td rowspan="2">非
常
勤</td><td>専　従
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専　任</td><td>名</td><td>専　任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常
勤</td><td>専　従</td><td>名</td><td rowspan="2">非
常
勤</td><td>専　従
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専　任</td><td>名</td><td>専　任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常
勤</td><td>専　従</td><td>名</td><td rowspan="2">非
常
勤</td><td>専　従
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専　任</td><td>名</td><td>専　任</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="3">専用施設の面積</td><td colspan="5">平方メートル</td></tr>
<tr><td colspan="8">当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="8">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、 握力計等）　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="8">障害児(者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧</td></tr>
<tr><td colspan="8">・ 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外来患者のうち、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</td></tr>
</table>

［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 22 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外来患者のうち、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	
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数）Ｂ	名	
（再掲）		患者数
脳性麻痺	名	算出期間
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	年　月　日
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	年　月　日
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。

様式43の２

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

<table>
<tr><td colspan="2">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
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">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</td></tr>
<tr><td rowspan="10">経験を有する職員</td><td rowspan="2">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</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2">□　常勤換算</td><td>職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従事者数</td><td>医師</td><td>常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td>非常勤</td><td>専任（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
</table>

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22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□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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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平面図であること。

様式43の３

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

<table>
<tr><td colspan="2">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
（該当するものに〇）</td><td colspan="7">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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">経験を有する職員</td><td rowspan="2">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</td><td colspan="3" rowspan="2">□　常勤換算</td><td colspan="2">リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td colspan="3" rowspan="2">□　常勤換算</td><td colspan="2">リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従事者数</td><td>医師</td><td>常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td>非常勤</td><td>専任（常勤換算）</td><td>名（　　名）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従（常勤換算）</td><td>名（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="9">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="9"></td></tr>
</table>

［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22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□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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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

（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〇で囲むこと。

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　胃瘻造設術の年間症例数		例
３　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）	人
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）	人
	Ａ＝①＋②	人
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）	人
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	人
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	人
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	人
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	人
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	人
	Ｂ＝③＋④＋⑤＋⑥＋⑦＋⑧	人
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）	人
⑨　／　（Ａ　－　Ｂ）　＝　　割　　分		
４　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　） ※　３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		人
顔面外傷により嚥下が困難な患者		人

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
５　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　）	
６　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　「２」及び「３」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（10）に定めるところによるものであ ること。

２　「３」、「４」、「５」及び「６」は、年間症例数が 50 例以上の場合に記載すること。

３　「３」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。

４　「３」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。

５　「３」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っては、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っては、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。

６　「３」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。

様式 43 の５

経口摂取回復率の算出に係る症例一覧

鼻腔栄養又は胃瘻造設の実施年月日	自院実施患者紹介患者の別（〇をつける）	患者性別	患者年齢	様式43の４③～⑧のいずれに該当するか※１	自院における摂食機能療法の有無	経口摂取回復の有無（有の場合は年月日も記載※２）	鼻腔栄養又は胃瘻造設が必要となる理由（病名）
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						

［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

摂食嚥下機能回復体制加算１・２・３（いずれかに〇）の
施設基準に係る届出書添付書類

摂食嚥下支援チーム等

区分	氏名	該当するものに〇、 若しくは年数を記載
ア　専任の常勤医師又は常勤歯科医師		（　　）医師 （　　）歯科医師
イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有し、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の言語聴覚士		経験年数（　　）年 看護師 （　　）言語聴覚士
ウ　専任の管理栄養士		

［記載上の注意］

１　ア及びイについては、該当する職種に〇を付すこと。

２　イについては、経験年数を記載し、摂食嚥下障害看護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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。ただし、摂食嚥下支援チーム等の看護師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書を添付すること。

様式 43 の６の２

摂食嚥下機能回復体制加算１・２・３（該当するもの全てに〇）の施設基準に係る届出書添付書類（新規・７月報告）

（※）既に加算１、２又は３のいずれかを届け出ている場合であって別の加算を届け出る場合については、新規に届け出る加算についてのみ〇すること。

１．嚥下機能の実績

（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）　摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率		
①	a. １年間（１．の実績期間）に他の医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者、又は中心静脈を実施している患者であって、当該医療機関において摂食機能療法を実施した者（転院、退院した者を含む） b. １年間（１．の実績期間）に当該医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者、又は中心静脈を開始した患者（転院、退院した者を含む） ただし、a、b のいずれにおいても②から⑦までに該当する患者を除く。	人
②	鼻腔栄養等を導入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）	人
③	鼻腔栄養等を導入した日から起算して１ヶ月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者	
④	①の a に該当する患者であって、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養等を導入した日から起算して１年以上が経過している患者	
⑤	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
⑥	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
⑦	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
⑧	摂食機能療法を開始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（ただし、②から⑦までに該当する患者を除く）	人
⑧　／　①　＝　　割		
⑨	中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者（加算３に限る）	人

［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及び⑧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。

３　⑧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　鼻腔栄養を実施している患者にあっては、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っては、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。

ウ　中心静脈栄養を実施している患者にあっては、中心静脈栄養を終了した上で、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。

４　⑨については、摂食嚥下機能回復体制加算３に該当する場合のみ記載すること。なお、該当していない場合は、「ー」を記載すること。

５　新規届出又は再度の届出の場合は、「１.嚥下機能の実績」のみ記載すること。

２．嚥下機能の評価

摂食嚥下機能回復体制加算１

届出の有無（　有　・　無　）（有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（〇をつける）	VF/VEの実施場所（〇をつける）	患者性別	患者年齢	１の②～⑦のいずれに該当するか※1	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※2
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日

摂食嚥下機能回復体制加算２

届出の有無（　有　・　無　）（有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（〇をつける）	VF/VEの実施場所（〇をつける）	患者性別	患者年齢	１の②～⑦のいずれに該当するか※1	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※2
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日

自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日

摂食嚥下機能回復体制加算３

届出の有無（　有　・　無　）（有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（〇をつける）	VF/VEの実施場所（〇をつける）	患者性別	患者年齢	１の②～⑦のいずれに該当するか※１	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※２
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日
自院・紹介	自院・他院								日

[記載上の注意]

１　②～⑦に該当する場合のみ該当する番号を記載すること（※１）。

２　日数は、摂食嚥下支援計画書の作成時の測定と、直近の測定までの期間を記載すること。なお、FIM と FOIS は同日に測定すること。従って（A）から（B）及び（C）から（D）までの期間は、同じであること（※２）。

３　１.（１）に記入した期間の実績について記載すること。

４　新規届出の場合には、「２.嚥下機能の評価」は記載不要。

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 年月日	直近２年以内 の経験症例数	研修受講
専任常勤医師	□			例	□
専任常勤医師	□			例	□
専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 （該当するものに〇）	□			例	□
専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 （該当するものに〇）	□			例	□

２．その他の従事者の状況

職種	氏名	資格取得年月日	資格取得後に業務に 従事した 保険医療機関の名称	研修受講
				□

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　　年　　月～　　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〇）

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）

［記載上の注意］

１　「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。

２　□には該当する場合に「✓」を記入すること。

３　「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 22 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。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。

様式44

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

<table>
<tr><td colspan="3">当該施設にて算定している
リハビリテーション料
（該当するものに〇）</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従事者数</td><td>医師</td><td>常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td>非常勤</td><td>専任
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従
（常勤換算）</td><td>名
（　　名）</td></tr>
<tr><td>専任</td><td>名</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">専用施設の面積</td><td>集団療法室</td><td colspan="4">平方メートル</td></tr>
<tr><td>個別療法室との
兼用状況
（該当するものに〇）</td><td colspan="4">共通　・　独立　・　個別療法室なし</td></tr>
<tr><td colspan="7">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
</table>

［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22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。

4　当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

5　当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、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。

様式44の2

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	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	摂食嚥下機能回復体制加算	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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		
		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	□																		

[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っても記載すること。

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料(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(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22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。

7　がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーション従事者が当該リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

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添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。

様式 44 の４

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	勤務の態様	勤務時間	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
□		□常勤 □非常勤	時間	年 年
□		□常勤 □非常勤	時間	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	勤務の態様	勤務時間	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
□		□常勤 □非常勤	時間	年 年
□		□常勤 □非常勤	時間	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）÷（１）×１００	%

［記載上の注意］

１　「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 22 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、当該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。なお、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「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５の２

通院・在宅精神療法の注８又は注９に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　専任の精神保健福祉士の配置に関する要件

専任の精神保健福祉士 □療養生活環境整備指導 □療養生活継続支援
（氏名）

２　専任の看護師の配置に関する要件

専任の看護師（療養生活継続支援のみ）	備考
（氏名）	経験　　年

［記載上の注意］

１　「２」の看護師については、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

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
□		あり ・ なし
□		あり ・ なし

3 専任の常勤精神保健福祉士

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

4 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］

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 22 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 「２」、「３」及び「４」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こと。

また、適切な研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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　依存症集団療法1の施設基準

（1） 専任の精神科医

氏名	薬物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	薬物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

２　依存症集団療法2の施設基準

（1） ギャンブル依存症に係る専門医療機関

ギャンブル依存症に係る専門医療機関の選定	あり ・ なし

（2） 専任の精神科医

氏名	ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

（3） 専任の看護師等

氏名	職種	ギャンブル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

３　依存症集団療法3の施設基準

（1） 専任の精神科医

氏名	アルコール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	アルコール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．精神科医及び看護師等について、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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２．「２」について届け出る場合は、「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成 29 年６月 13 日障発 0613 第４号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に規定するギャンブル依存症に係る専門医療機関に選定されていることがわかる書類を添付すること。

様式 44 の８

経頭蓋磁気刺激療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　うつ病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	うつ病の治療の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	

３　認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	認知療法・認知行動療法の経験年数	講習の受講年月日
	時間	年	
	時間	年	

４　当該病院で届出を行っている施設基準（いずれかを選択すること。）

（イ）　「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算
（ロ）　「Ａ２３８－６」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
（ハ）　「Ａ２３８－７」精神科救急搬送患者地域連携受入加算
（ニ）　「Ａ２４９」精神科急性期医師配置加算
（ホ）　「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料
（ヘ）　「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料
（ト）　「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」及び「３」について、医師の所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 45

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
		専　任	名		専　任	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						

病院の種別（該当する□に✓をつけること。）

□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平面図を添付すること。

様式 46

精神科［　　］ケアの施設基準に係る届出書添付書類

従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	経験を有する看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	准看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	精神保健福祉士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	公認心理師等	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	栄養士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	名
	看護補助者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			専任	名		専任	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平面図を添付すること。

様式46の２

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	□なし　□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）	□なし　□あり デイ・ケア等利用歴 □ショート・ケア（施設名　利用期間　） □デイ・ケア（施設名　利用期間　） □ナイト・ケア（施設名　利用期間　） □デイ・ナイト・ケア（施設名　利用期間　） □その他（施設名　利用期間　）				
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	□　常勤換算
	□　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	
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22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。

様式 47

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書添付書類

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・器具の一覧

［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、平面図を添付すること。

３　届出事項に係る専用の器械・器具を記入すること。

様式 47 の2

（精神科在宅患者支援管理料1 / 精神科在宅患者支援管理料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〇で囲むこと。

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	□	
	□	
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: 開設者:	（　あり　・　なし　）

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 22 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　「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。

様式 48

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

常勤の精神保健指定医の氏名 （指　定　医　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	（　　）　□　常勤換算 （　　）　□　常勤換算
行動制限最小化に係る委員会	開催回数　（　　）回／月 参加メンバー　（職種） ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る 基本指針の作成日時	年　　月　　日作成
研修会の実施頻度	開催回数　（　　）回／年

［記載上の注意］

１　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22時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

２　行動制限最小化に係る基本指針を添付すること。

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〇で囲むこと。

１　算定を行う診療科数		
２　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）		
３　急性期医療に関する事項　（該当する項目に〇をつけること）		
	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基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関	
	⑧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
	⑨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
４　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　）		
５　届出を行う全ての診療科において予定手術前日において医師が当直等を実施した日数が各医師について年間４日以内である（該当する・該当しない）		
６　届出を行う全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数が各医師について年間４回以内である（該当する・該当しない）		

（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　「２」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　「３」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の分か

る資料を添付すること。

５　「４」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　「５」について、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。

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〇を記入すること）			
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 （該当に〇をつける）
	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（該当するものに〇をつける）

（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している　（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］

１　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か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）

２　「３」の（２）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４

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 （該当に〇をつける）
	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（該当するものに〇をつける） （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］

１　届出前１か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。）がわかる書類及び届出前１か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わかるものであること）を添付すること。（様式自由）

２　「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５

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書添付書類

１．専任常勤従事者の氏名等

	常勤医師又は看護師の氏名	診療科名	静脈疾患に係る診療の経験年数	勤務時間	所定の研修修了年月日
専任の常勤医師			年	時間	
			年	時間	
			年	時間	
専任の常勤看護師				時間	
				時間	
				時間	

２．検査機器の状況等

□血管超音波検査

□その他（機器の名称及び目的を記載：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□他の医療機関と連携（連携医療機関の名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

［記載上の注意］

１　「１」の常勤従事者については、該当するすべての医師及び看護師について記載すること。常勤医師及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「１」の所定の研修の修了については、看護師が修了している場合も修了年月日を記入すること。なお、医師及び看護師の研修の内容及び修了が確認できる文書（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。

３　「２」の検査機器の状況等については、当該保険医療機関に備えている検査機器について、該当するものに「✓」を記入すること。また、他の医療機関と連携する場合は、当該医療機関の名称を記載すると共に、連携を行っていることが確認できる文書を添付すること。

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

<table>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>当該診療科の経験年数</td><td>当該処置の術者としての経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td>３　緊急手術が可能な体制</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td>４　当直体制の概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>５　合併症等に備えた連携体制の構築</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」については、医師が経験した当該処置症例一覧（実施年月日、処置名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病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。

様式 48 の 7

多血小板血漿処置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　形成外科、血管外科又は皮膚科の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
３　常勤の薬剤師又は臨床工学技士の氏名等			
氏名		職種	

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

様式 49

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
	年
	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７．５MHz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。

様式 49 の２

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　副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	副甲状腺の治療に係る経験年数
	年
	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７．５MHz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。

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〇で囲むこと。

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の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　ＡＢＩ検査 0.7 以下又はＳＰＰ検査 40㎜Hg 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　循環器内科　　循環器内科の標榜（　　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、自院の名称を記入すること。

様式 49 の３の３

難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療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　腎臓内科について５年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等（２名以上）				
常勤医師の氏名		勤務時間	当該診療科の経験年数	
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
３　「２」のうち、専ら腎臓内科又は泌尿器科に従事し、当該診療科について５年以上の経験を有し、リポソーバーを用いた血液浄化療法について１年以上、術者として２例以上の症例を実施している医師の氏名等（１名以上）				
診療科	医師の氏名	当該診療科の経験年数	リポソーバーを用いた血液浄化療法の経験年数	リポソーバーを用いた血液浄化療法を術者として実施した経験症例数
		年	年	例
		年	年	例
		年	年	例
４　当該保険医療機関におけるリポソーバーを用いた血液浄化療法の実施症例数				例
４　臨床工学技士の氏名（１名以上）				
５　当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無　（ 有 ・ 無 ）				

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師又は医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 49 の３の４

移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療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　血液浄化療法について１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	血液浄化療法の経験年数
	年
	年
	年
３　看護師の氏名（１名以上）	
４　臨床工学技士の氏名（１名以上）	

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

	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
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		時間	科	年
		時間	科	年
		時間	科	年
		時間	科	年
		時間	科	年

［記載上の注意］

医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

様式 49 の４の２

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出書添付書類

１　心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）又は（Ⅱ）の施設基準の届出の有無 ※　該当するものに〇を付ける。
ア　心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ） イ　心大血管疾患リハビリテーション（Ⅱ）

２　当該療法の経験を有し、循環器内科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該療法の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例

３　関係学会が主催又は後援する所定の研修を修了した医師の氏名
４　当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無
（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「１」については、該当する届出項目に〇を付けること。

２　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「２」については、当該医師が経験した当該療法症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「３」については、当該医師の所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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
	看　護　師	常勤	専　従	名	非常勤	専　従	名
			専　任	名		専　任	名
	理学療法士	常勤	専　従	名	非常勤	専　従	名
			専　任	名		専　任	名
	作業療法士	常勤	専　従	名	非常勤	専　従	名
			専　任	名		専　任	名
	そ　の　他	常勤	専　従	名	非常勤	専　従	名
			専　任	名		専　任	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　「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

２　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。

３　当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の平面図を添付すること。

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。

・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。

５　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、個人情報をマスクした上で、添付すること。

様式49の7

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）従事者の名簿

番号	氏名	職種			所定の研修修了年月日
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	
		看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 義肢装具士 ・ その他	常勤 非常勤	専任 専従	

様式 49 の８

（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〇をつけること。）

	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） □ 自院で撮影 □ 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	医療機器承認（認証）番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ダイオード レーザ	医療機器承認（認証）番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
炭酸ガス レーザ	医療機器承認（認証）番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
エルビウム・ ヤグレーザ	医療機器承認（認証）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	医療機器承認（認証）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。

様式 50

（う蝕歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う加算　（該当するものに○）

	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
	手術時歯根面レーザー応用加算

２　標榜診療科

３　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

４　設置機器名

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

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

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

平成・令和　　年　　月　　日

様式 50 の 2

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの施設基準届出書添付書類

１　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

２　当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏　　名	備　　考

３　当該療養に係る医療機関の体制状況等

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

［記載上の注意］

１　歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「２」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。

２　「３」の使用する歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の３

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２の施設基準に係る届出書添付書類

１　歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有　・　無
歯科技工に必要な機器の設置	有　・　無

２　歯科技工士の氏名

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

３　院内掲示の例を添付

［記載上の注意］

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

様式 50 の４

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

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

３　常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
４　麻酔科標榜医の氏名			
５　病理部門の病理医氏名			

［記載上の注意］

１　「２」については、当該生検症例一覧（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。

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「４」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 50 の５

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

１　　届出を行う項目について（該当するものに〇印をつける）

・　組織拡張器による再建手術（一連につき）１　乳房（再建手術）の場合

（　一次再建　　二次再建　）

・　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）

（　一次一期的再建　　一次二期的再建　　二次再建　）

２　形成外科又は乳腺外科の経験を５年以上有する医師の氏名等

医師の氏名	所属する診療科名	該当する経験分野	当該分野の経験年数	勤務態様	勤務時間	登録年月日
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常　勤 ・非常勤	時間	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常　勤 ・非常勤	時間	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常　勤 ・非常勤	時間	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常　勤 ・非常勤	時間	

［記載上の注意］

１　「１」は、届出を行う項目ごとに、該当するもの全てに〇印をつけること。

２　「２」の経験分野、勤務態様について、該当するものに〇印をつけること。医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「２」については、５年以上の形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記入すること。また、当該医師の専門的な研修施設での経験年数及び研修修了登録の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 50 の５の２

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	整形外科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
３　日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無　（ 有 ・ 無 ）		
４　「３」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無 （ 有 ・ 無 ）		

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「３」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。

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

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 50 の５の３

処理骨再建加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　整形外科について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	勤務時間	整形外科の経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
３　骨・軟部腫瘍手術を術者として50例（このうち10例は骨・軟部悪性腫瘍手術であること）以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	骨・軟部腫瘍手術の経験症例数	骨・軟部悪性腫瘍手術の経験症例数
	時間	例	例
	時間	例	例
	時間	例	例
４　処理骨の作製に当たり、備えている設備や機器等			
（１）処理骨の作製法（該当するものに〇を付けること。）	冷却（液体窒素）処理・加温処理・放射線処理		
（２）（１）の作製法に当たり、備えている設備や機器等（名称等を記入すること。）			
５　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）			

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」は、当該手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、「２」と「３」に掲げる医師が同一の者であっても差し支えない。

２　「２」及び「３」の整形外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「４」は、当該保険医療機関において主に行われる作製法と、当該作製法に必要な設備や機器等について記入すること。なお、この際、日本整形外科学会から示された指針や手順等を遵守し、必要な設備や機器等を備えていること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 50 の６

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

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　関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の年間実施症例数

例

３　関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	整形外科の経験年数	膝関節手術の経験症例数	関節軟骨修復術の経験症例数	所定の研修修了年月日
	時間	年	例	例	
	時間	年	例	例	
	時間	年	例	例	
	時間	年	例	例	

［記載上の注意］

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

２　「２」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。また、常勤医師の所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）がわかるものを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 50 の 7

椎間板内酵素注入療法の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
2　整形外科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
3　緊急手術の体制			
（１）緊急手術が可能な体制 （いずれかに〇をつけること。）	・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している		
（２）連携により有している場合は、当該連携医療機関の名称			
4　関係学会より認定された年月日	平成・令和　　年　　月　　日		

［記載上の注意］

1　「２」の整形外科又は脳神経外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

2　「３」の緊急手術の体制について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

3　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

4　当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51

腫瘍脊椎骨全摘術の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3">１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</td></tr>
<tr><td colspan="3">２　常勤の整形外科の医師の氏名（２名以上）</td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>時間</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>時間</td></tr>
<tr><td colspan="3">３　脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（１名以上）</td></tr>
<tr><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>脊椎手術の経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="3">４　当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（１名以上）</td></tr>
<tr><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>腫瘍脊椎骨全摘術の経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="3">５　手術の際の緊急事態に対応可能な体制　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「３」の脊椎手術とは、「Ｋ１１８」、「Ｋ１３１－２」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」及び「Ｋ１４２－２」に掲げる脊椎手術であること。

２　「２」から「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51 の２

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

１　届出種別

・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　関係学会より認定された年月日　　年　　月　　日

４　脳神経外科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピングの実施症例数	所定の研修修了年月日
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	

５　麻酔科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	麻酔科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	

６　頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数　　例

［記載上の注意］

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

２　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

３　「４」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51 の３

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　脳神経外科の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
３　術中の病理検査が可能な体制		有　・　無	
４　病理部門の病理医の氏名			
５　合併症への対応の体制		有　・　無	
６　当該機器の使用管理区域		（概要）	
７　機器管理責任者の氏名等			
機器管理責任者の氏名		所定の研修修了年月日	

［記載上の注意］

１　「２」の脳神経外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」及び「７」について、所定の研修修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。ただし、「２」及び「７」は同一の者であってもよい。

様式 52

［　　］検査・処置・手術症例一覧

番号	実施 年月日	検査名・処置名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主　病　名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

様式 53

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

１（大腸肛門疾患／下部尿路機能障害）の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	当該疾患の診療の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
２　緊急事態に対応するための体制　（　有　・　無　）			

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

（便失禁に対して実施する場合）、大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

（過活動膀胱に対して実施する場合）、下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　頭蓋骨形成手術について５例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の常勤医師の氏名等（それぞれ１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
	時間		年	例
	時間		年	例
	時間		年	例

３　当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の年間実施症例数（５例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の２

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

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

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

様式 54 の２の２

内皮移植加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
２　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科		
３　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
４　当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科
４　当該保険医療機関における角膜移植術の実施症例数　　＿＿＿＿＿　例		

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

様式 54 の３

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科		
２　常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名 （当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科

３　眼科の経験を５年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として６例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数	当該療養の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。

様式 54 の４

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

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

２　５年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数（うち１名は５年以上の眼科の経験を有するもの）
	時間	年
	時間	年
	時間	年

３　当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の年間実施件数（合わせて 50 例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

様式 54 の５

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること） 科
３　眼科に係る10年以上の経験を有する、定められた手術を主たる術者として１年に併せて30例以上行った常勤医師の氏名等（少なくとも１名）

常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数	定められた手術の術者としての経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例

４　当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧

機器名（製品名）	保守管理の計画の有無
	（　有　・　無　）
	（　有　・　無　）
	（　有　・　無　）

［記載上の注意］

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

２　「３」の定められた手術とは、「Ｋ２７７－２」、「Ｋ２８０」の「１」、「Ｋ２８０」の「２」又は「Ｋ２８１」に掲げる手術であること。

３　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

５　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

様式 54 の６

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」の眼科を担当する常勤医師及び「３」の常勤麻酔科標榜医の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「３」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

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

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の７

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」の耳鼻咽喉科を担当する常勤医師、「３」の脳神経外科を担当する常勤医師及び「４」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の８

緑内障手術（流出路再建術（眼内法））、緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）及び緑内障手術（濾過胞再建術（needle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 ５年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（１名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （うち１名は５年以上の眼科の経験を有するもの）	水晶体再建術の経験症例数	観血的緑内障手術の経験症例数
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例

［記載上の注意］

１　「２」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

様式 55

（人工中耳植込術
人工内耳植込術
植込型骨導補聴器移植術
植込型骨導補聴器交換術）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　内耳又は中耳に対する手術の年間実施数

例

4　耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（３名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例

5　言語聴覚療法に専従する職員の氏名（２名以上）

6　当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合

連携医療機関の名称			
開設者名			
所在地			
耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名		勤務時間	時間

言語聴覚療法に専従する職員の氏名等（２名以上）
（氏名）　　（勤務時間）

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に１５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 30 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

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

４　「４」及び「６」の耳鼻咽喉科を担当する常勤医師及び言語聴覚療法に専従する職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56

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

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
２　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）について合わせて５例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
	時間		年	例
	時間		年	例
	時間		年	例

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の２

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

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　届出を行う項目（該当するものそれぞれに〇印をつける）	１　乳がんセンチネルリンパ節加算１（併用法） ２　乳がんセンチネルリンパ節加算２（単独法）

３　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳がんセンチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有する医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	乳がんセンチネルリンパ節生検の経験症例数
		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	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間

５　放射線科の常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間
		時間
		時間

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］

１　「２」については、届出を行う項目に〇印をつけること。なお、「２　乳がんセンチネルリンパ節加算２（単独法）」のうち色素のみによるものの届出を行う場合、「５」の記載は不要であること。

２　「３」については、当該生検症例一覧（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。

３　「４」及び「５」の乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

４　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の３

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

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

［記載上の注意］

１　常勤歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

様式 56 の 4

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

の施設基準に係る
届出書添付書類

1　届出を行う項目について（該当するものに〇印をつける）

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

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」、「Ｋ４６３－２」又は「Ｋ４６４－２」の手術を術者として実施した経験を有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	区分番号「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」、又は「Ｋ４６４－２」の手術の術者としての経験症例数（合計）	区分番号「Ｋ４６３－２」の手術の術者としての経験症例数
		時間	年	例	例
		時間	年	例	例
		時間	年	例	例

4　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

1　「１」については、届出を行う項目に〇印をつけること。

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

3　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の５

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

１　当該保険医療機関において１年間に実施した乳腺悪性腫瘍手術症例数 件

２　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており乳輪温存乳房切除術を当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として 10 症例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	乳輪温存乳房切除術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

３　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

４　乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（２名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間

５　麻酔科標榜医の氏名	
６　病理部門の病理医氏名	

[記載上の注意]

１　「２」については、当該手術症例一覧（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。

２　「４」の乳腺外科又は外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の６

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

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

２　呼吸器内科の経験を５年以上有している常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器内科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

３　放射線科の経験を５年以上有している常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

［記載上の注意］

１　「１」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「１」から「３」の呼吸器外科、呼吸器内科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

様式 56 の７

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
} の施設基準に係る届出書添付書類

※該当するものに〇を付けること。

１　届出する項目について（該当するものに〇印をつける）

・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　耳鼻いんこう科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、区分番号「Ｋ３７４」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３７４－２」又は「Ｋ３９４－２」の手術を術者として実施した経験を有する常勤の医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	区分番号「Ｋ３７４」又は「Ｋ３９４」」の手術の術者としての経験症例数（合計）	区分番号「Ｋ３７４－２」又は「Ｋ３９４－２」の手術の術者としての経験症例数
		時間	年	例	例
		時間	年	例	例
		時間	年	例	例

４　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「１」については、届出する項目に〇印をつけること。

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

３　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の８

顎関節人工関節全置換術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

２　形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有する医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	

［記載上の注意］

１　「２」の形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」については、所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 57

（同種死体肺移植術
同種心移植術
同種心肺移植術
同種死体肝移植術
同種死体膵移植術
同種死体膵腎移植術
同種死体小腸移植術
同種死体腎移植術）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項を〇で囲むこと。

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

［記載上の注意］

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

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 57 の２

同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科			
２　当該医療機関において３年間に実施した同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術（合計） 例			
３　同種死体膵島移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（２名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	同種死体膵島移植術の経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
	時間	例	
４　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療の経験年数	膵臓移植又は膵島移植患者の経験症例数
	時間	年	例
		年	例
		年	例
５　医療関係団体による認定の有無		（　有　・　無　）	
６　関連学会のガイドラインの遵守		□	
７　再生医療等提供基準の遵守		□	

［記載上の注意］

１　「２」から「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」について、　医療関係団体より認定された施設であることを証する文書の写しを添付す

ること。

４　「６」について、関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていることを証する文書の写しを添付すること。

５　「７」については、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

様式 58

生体部分肺移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
２　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科
３　肺切除術の年間実施数 例

４　生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（５名以上）

常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）	勤務時間	臓器移植の経験症例数
		時間	例
		時間	例
		時間	例
		時間	例
		時間	例
		時間	例

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 10 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。また、医師が担当した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 58 の 2

内視鏡下筋層切開術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
2　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数 例
3　常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名
	時間	
	時間	
	時間	

4　消化器内科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等。
　なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち５例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	経験症例数	
				早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	当該手術（術者として）
	時間		年	例	例 （　　例）
	時間		年	例	例 （　　例）

5　常勤の麻酔科標榜医の氏名	

6　緊急手術が可能な体制　　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

1　「２」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

3　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59

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

１　届出を行う項目について （該当するものに〇印をつける。）	１　高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの ２　エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

３　緊急手術が実施可能な体制	
（１）緊急手術が可能な体制 （いずれかに〇をつけること。）	・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している
（２）連携により有している場合は、当該連携医療機関の名称	

４　５年以上の循環器内科の経験を有する医師の氏名等	
医師の氏名	循環器内科の経験年数
	年
	年

５　経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	経皮的冠動脈形成術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例

［記載上の注意］

１　「３」について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

２　「５」の循環器内科を担当する常勤の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」については、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、当該症例数が 300 例以上の医師については、関連学会により心血管カテーテル治療専門医として認定されていることを証する文書の写しをもって様式 52 に代えることができる。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59 の２

経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）の施設基準に係る届出書添付書類

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

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年

［記載上の注意］

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

２　「３」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術

が 10 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 5 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

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

５　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。また、当該検査症例一覧（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。

６　「７」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

７　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59 の２の２

経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
３　人工心肺を使用する開心術の年間実施症例数　　例
４　人工心肺を使用する開心術（先天性心疾患に係るものに限る。）の年間実施症例数　　例
５　当該診療科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年

［記載上の注意］

１　経カテーテル人工生体弁セットを用いる場合は「１」、「２」、「３」及び「５」を、経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いる場合は「１」、「２」、「４」及び「５」を記入すること。

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

３　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に人工心肺を使用する開心術が 20 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 40 例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に人工心肺を使用する開心術（先天性心疾

患に係るものに限る。）が 15 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 30 例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59 の３

胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

３　当該手術を担当する診療科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科

４　常勤の麻酔科標榜医の氏名	

５　当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	心臓血管外科の経験年数	当該手術の経験症例数 （　）内は、うち術者として行った症例数	
			胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	直視下動脈管開存閉鎖術
	時間	年	例 （　例）	例 （　例）
	時間	年	例 （　例）	例 （　例）
	時間	年	例 （　例）	例 （　例）

６　当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 （１）３年間における直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術（10 例以上）　　例 （２）区分番号「Ｋ552」から「Ｋ605―4」までに掲げる手術 （経皮的手術、区分番号「Ｋ591」、「Ｋ596」から「Ｋ602」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）　　例
７　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時

間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「５」及び「６」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

様式59の３の２

不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるものに限る））の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
３　当該保険医療機関における経カテーテル的手術の年間実施症例数 （「Ｋ５５５－２」「Ｋ５５６－２」「Ｋ５５９－２」「Ｋ５５９－３」「Ｋ５６２の１」「Ｋ５６７－２」「Ｋ５７０－２」「Ｋ５７０－３」「Ｋ５７０－４」「Ｋ５７３の１」「Ｋ５７４－２」「Ｋ５７４－３」「Ｋ５９４の４のロ」「Ｋ５９５」「Ｋ５９５－２」の合計数） 例
４　循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数
		年
		年
		年
		年

５　５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師及び不整脈についての専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師等

常勤医師の氏名	勤務時間	心血管インターベンション治療の経験年数	不整脈の経験年数
	時間		
	時間		

６　緊急手術が可能な体制	有　・　無
７　常勤の臨床工学技士の氏名	

［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」については、経カテーテル大動脈弁置換術等は50例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 59 の４

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

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

［記載上の注意］

１　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「４」の循環器内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。また、不整脈の専門的な研修施設での経験年数がわかるものを添付すること。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式60

経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
3　当該診療科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	勤務時間	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関する経験年数
		時間	年	年
		時間	年	年
		時間	年	年

4　臨床工学技士の氏名（１名以上）
5　連携医療機関

医療機関名	医療機関の住所と当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む。）

6　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数 例

［記載上の注意］

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

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」は、当該保険医療機関内に５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

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

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

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 61

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

（心筋電極の場合／経静脈電極の場合）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　心臓電気生理学的検査等の年間実施症例数　　例	
４　開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数　　例 ペースメーカー移植術の年間実施症例数 （経静脈電極）＿＿　例　　（心筋電極）＿＿　例	
５　重症心不全治療に対して適切に対応できる施設 ※　心筋電極の場合は（１）又は（２）のいずれかについて記入すること。	
（１）体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数	例
（２）集中治療室に係る届出（届出を行っているものに〇印をつける。）	ア　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料 イ　区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

６　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		

７　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認/認証番号）

□　血液学的検査
□　生化学的検査
□　画　像　診　断

８　重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を実施した症例数を合わせて当該基準を満たせばよいものであること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、新規届出の場合には実績期間内に開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて 15 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間５例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を１例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて 30 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　「６」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。　また、当該常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

６　「８」は心筋電極によるものの届出を行う場合に記入し、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

７　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 62

植込型除細動器移植術（心筋リード・静脈リード）
植込型除細動器交換術（心筋リード・静脈リード）の施設基準に係る届出書添付書類
経静脈電極抜去術

※　該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　心臓電気生理学的検査の年間実施症例数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例等に対するもの　　例

4　開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数
（経静脈電極）____　例　　（心筋電極）____　例

5　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		

6　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認/認証番号）

（１）　血液学的検査
（２）　生化学的検査
（３）　画 像 診 断

7　重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的

検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を実施した症例数及び開心術術後不整脈の症例数を合わせて当該基準を満たせばよいものであること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、新規届出の場合には実績期間内に開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて 15 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。また、当該常勤医師の所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

５　「７」は、心筋リードを用いるものの届出を行う場合に記入し、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 63

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

（心筋電極の場合／経静脈電極の場合）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　心臓電気生理学的検査の年間実施症例数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例等に対するもの　　例

4　開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数
（経静脈電極）＿＿　例　　（心筋電極）＿＿　例

5　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		

6　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器
（一般的名称）　　（承認/認証番号）

（1）　血液学的検査
（2）　生化学的検査
（3）　画　像　診　断

7　重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を実施した症例数及び開心術術後不整脈の症例数を合わせて当該基準を満たせばよいものであること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、新規届出の場合には実績期間内に開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて 15 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

　また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

５　「７」は心筋電極よるものの届出を行う場合に記入し、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 64

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　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　開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の年間実施症例数

例

４　心臓血管外科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名等	勤務時間	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例

５　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認/認証番号）

□　血液学的検査

□　生化学的検査

□　画　像　診　断

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 64 の２

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」は実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」は実績期間内に 50 例以上が必要であること。

３　「４」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」及び「６」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働

時間（休憩時間を除くう労働時間）を記入すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

様式 65 の３

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　当該保険医療機関における開心術の年間実施症例数　　例

４　現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数　　例
うち過去３年間の経験症例数　　例
うち90日以上連続した補助を行った症例数　　例

５　関係学会より選定された年月日　　年　　月　　日

６　心臓血管外科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数	所定の研修修了年月
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	

７　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器
（一般的名称）　　（承認/認証番号）
□　血液学的検査
□　生化学的検査
□　画　像　診　断

８　補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無　（　有　・　無　）
補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無　（　有　・　無　）

９　体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

４　「６」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の３の２

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出　　有　・　無

又は

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設

該当　・非該当

（該当する場合は当該届出のある連携施設の名称を記載：　　）

２　細胞を培養する設備について（該当するものに〇をつけること。）

・医薬品医療機器等法に基づく基準に則ったもの

・再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの

３　循環器内科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	循環器内科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	

４　心臓血管外科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	心臓血管外科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	

５　心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称

６　「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設基準への該当性

該当　・　非該当

［記載上の注意］

１　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

３　届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

様式 65 の３の３

経皮的下肢動脈形成術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　関連学会が認定する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科
３　緊急手術が可能な体制		有　・　無
４　関連学会より認定された年月日		年　　月　　日

［記載上の注意］

１　「２」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」については、当該医師が関連学会からの認定を証する文書の写しを添付すること。

様式 65 の４

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術の施設基準に係る届出書添付書類

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　血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて５年以上有し、当該療法を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	診療科名	当該手術の経験症例数
	時間	年	科	例
	時間	年	科	例
	時間	年	科	例

４　当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数（合計）

例

・下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術）
・大伏在静脈抜去術
・下肢静脈瘤血管内焼灼術
・内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

［記載上の注意］

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

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

様式 65 の４の２

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）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　以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上） ア　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）　イ　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜） ウ　腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術　エ　腹腔鏡下腎摘出術腹 オ　腔鏡下副腎摘出術　カ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 キ　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術		
常勤医師の氏名	勤務時間	２に示す手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例
３　当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
４　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数　＿＿＿＿　例		

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の５

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上）

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

常勤医師の氏名	勤務時間	２に示す手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例

３　当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例

４　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式65の６

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例

４　当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数

区分番号「Ｋ647-2」、「Ｋ649-2」、「Ｋ654-3」、「Ｋ655-2」、「Ｋ655-5」、「Ｋ656-2」、「Ｋ657-2」、「Ｋ662-2」、「Ｋ666-2」、「Ｋ667-2」又は「Ｋ667-3」に掲げる手術

例

５　当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科

６　高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年
	時間	年

７　常勤の麻酔科標榜医の氏名	
８　常勤の管理栄養士の氏名	

９　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

10　当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後５年目の捕捉率

（　有　・　無　）　　（　　割　　分）

［記載上の注意］

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

２　「３」、「５」及び「６」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「７」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 65 の７

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

１　当該保険医療機関において１年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数　　件

２　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有している常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年

［記載上の注意］

１　「１」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」の外科又は消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 65 の８

腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該医療機関における胃悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数　　例				
２　当該医療機関における腹腔鏡手術の年間実施症例数　　例				
３　当該医療機関における膵頭十二指腸切除術の年間実施症例数　　例				
４　当該医療機関における粘膜下層剥離術の年間実施症例数　　例				
５　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　　科 科 科 科				
６　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
７　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名		勤務時間	消化管内視鏡手術の経験年数
			時間	年
８　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）				

［記載上の注意］

１　「１」から「４」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「６」及び「７」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 66

（体外衝撃波胆石破砕術
体外衝撃波膵石破砕術
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項に〇を付けること

当該療法を行う専用室	平方ﾒｰﾄﾙ	当該療法用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室		平方ﾒｰﾄﾙ	
緊急検査が可能な検査体制		（　有　・　無　）	

当該診療科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	胆石症に関する		膵石に関する		腎・尿管結石に関する	
		専門知識	経験年数	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年
	時間	有・無	年	有・無	年	有・無	年

常時(午前０時より午後12時までの間)待機医師	日勤　　名　当直　　名 その他（　　）　　名

当該医療機関内で常時(午前０時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器

検　査	一般的名称	承認番号	台　数
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
内視鏡的治療が可能な体制		有　・　無	

［記載上の注意］

１　「常勤医師」の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

３　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

５　「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膵石破砕術の届出を行う場合に記載すること。

様式 66 の２

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１．腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出の区分

（該当するものにそれぞれに〇を付すこと。）

（　）　部分切除及び外側区域切除

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

２．当該療養に係る医療機関の体制状況等

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

	時間	年
６　病理部門の病理医氏名		
７　緊急手術が可能な体制	有　・　無	
８　学会との連携体制	有　・　無	

［記載上の注意］

１　「２」、「３」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「４」については、亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のものに係る届け出を行う場合のみ記載すること。

３　「４」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
2　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科		
3　肝切除術の年間実施症例数（ただし、小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術の合計実施症例数） 例		
4　生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（５名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	臓器移植の経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例
	時間	例
	時間	例
	時間	例

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 10 例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて 100 床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて５例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて 100 床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて 10 例以上）が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師が経験した臓器移植症例一覧（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　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の２

腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の

施設基準に係る届出書添付書類

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

常勤医師の氏名	勤務時間	消化器外科の経験年数 （少なくとも１名は５年以上）
	時間	年
	時間	年
	時間	年

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」の消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の２の２

腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
３　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例
４　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓手術症例数　＿＿＿＿　例		
５　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	消化器外科の経験年数（少なくとも１名は５年以上）
	時間	年
	時間	年
	時間	年
６　麻酔科標榜医の氏名		
７　病理部門の病理医氏名		
８　緊急手術が可能な体制	有　・　無	
９　常勤の臨床工学技士の氏名		
10　保守管理の計画	有　・　無	

［記載上の注意］

１　「３」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　「10」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の２の３

腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓に係る手術症例数 （「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数） 例
２　１のうち、膵頭十二指腸切除術症例数 例
３　当該保険医療機関において１年間に実施した腹腔鏡手術症例数 例
４　当該保険医療機関において１年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数（腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数） 例

５　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上の経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数
	例	例
	例	例

６　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

７　病理部門の病理医氏名	

８　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（５名以上）

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数（少なくとも１名は15年以上）
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年

		時間	年
		時間	年
		時間	年
９　学会との連携体制		有　　・　　無	

［記載上の注意］

１　「１」、「２」、「３」、「４」及び「５」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「８」の外科又は消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 67 の２の４

腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例

３　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数
	例	例
	例	例

４　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓に係る手術症例数

（「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数）

例

そのうち、膵頭十二指腸切除術症例数　　例

５　当該保険医療機関において１年間に実施した腹腔鏡手術症例数　　例

６　当該保険医療機関において１年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数（腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数）

例

7　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	
8　病理部門の病理医氏名	
9　学会との連携体制	有　・　無

［記載上の注意］

1　「2」、「3」、「4」、「5」、「6」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

2　外科又は消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

3　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の３

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　当該保険医療機関において１年間に実施した粘膜下層剥離術症例数</td><td colspan="2">例</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>消化管内視鏡手術の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　緊急手術が可能な体制</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の２

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該届出は病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の 3

（腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））（※）

の施設基準に係る届出書添付書類

※届出する事項を〇で囲むこと。

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 科				
3　当該医療機関における腎悪性腫瘍又は尿管悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数 例				
4　泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について５年以上の経験を有する者が２名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数	当該手術の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
5　麻酔科標榜医の氏名				
6　緊急手術が可能な体制	（　有　・　無　）			
7　常勤の臨床工学技士の氏名				
8　保守管理の計画	（　有　・　無　）			

［記載上の注意］

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

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

３　「４」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

また、このうち１名の医師は、当該療養について 10 例以上の症例を経験していることが必要であること、また、当該手術症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

５　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の４

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）		
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
３　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
４　当該保険医療機関における関連手術の年間実施症例数　＿＿＿＿　例 このうち、腎盂形成手術又は腹腔鏡下腎盂形成手術の年間実施症例数　＿＿＿＿　例		
５　泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
	時間	年
	時間	年
６　緊急手術が可能な体制　　有　・　無		
７　常勤の臨床工学技士の氏名		
８　保守管理の計画　　有　・　無		

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「４」の関連手術とは、以下の手術のことを指す。

ア　腎（尿管）悪性腫瘍手術

イ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

ウ　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

エ　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

オ　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

カ　腎盂形成手術

キ　腹腔鏡下腎盂形成手術

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

５　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
2　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科
3　腎尿路系手術（Ｋ７５７からＫ８２３－２までに掲げる手術であって、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）の年間実施症例数 例
4　生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（２名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数
	時間	例	例
	時間	例	例
	時間	例	例

［記載上の注意］

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

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 10 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の経験した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の２

（膀胱水圧拡張術
ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道））の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	

２　泌尿器科の経験を５年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５例以上実施した経験を有する医師の氏名等

医師の氏名	泌尿器科の経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例

３　泌尿器科の常勤医師の氏名

常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
	時間
	時間
	時間

４　麻酔科標榜医の氏名	
５　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。

３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の３

（腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

<table>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　当該保険医療機関において１年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="3">３　泌尿器科の常勤医師の氏名等（２名以上）</td></tr>
<tr><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>泌尿器科の経験年数
（少なくとも１名は５年以上）</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td rowspan="3">４　麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>５　病理部門の病理医氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>６　緊急手術が可能な体制</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の４

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

様式 69 の５

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

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）			
２　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
３　当該医療機関における膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管Ｓ状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の年間実施症例数（合計） 例			
４　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科 科 科			
５　泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について５年以上の経験を有する者が２名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
６　緊急手術が可能な体制	（　有　・　無　）		
７　常勤の臨床工学技士の氏名			
８　保守管理の計画	（　有　・　無　）		

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、「２」について、術者として実施した当該症例手術一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 70

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として５例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例

３　当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（５例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「４」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「４」及び「５」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 1 の 2

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

<table>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科
科</td></tr>
<tr><td colspan="4">3　当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数
例</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4　泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について５年以上の経験を有する者が２名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>泌尿器科の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td rowspan="2">5　麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">6　緊急手術が可能な体制</td><td colspan="2">（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td>7　常勤の臨床工学技士の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">8　保守管理の計画</td><td colspan="2">（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

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

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

3　「４」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

4　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

5　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

6　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の１の３

腹腔鏡下仙骨膣固定術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

２　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数

例

３　産婦人科又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、当該療養を術者として５例以上の経験を有する常勤医師

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例

４　実施診療科の常勤医師の氏名等（２名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	
	時間	
	時間	
	時間	

５　麻酔科標榜医の氏名

６　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」及び「４」の常勤医師勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の１の４

腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

１　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　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施し、このうち腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、３例以上実施した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	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例

３　当該保険医療機関において１年間に実施した膀胱腫瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術の年間実施症例数　＿＿＿＿　例

このうち、腹腔鏡下仙骨膣固定術の年間実施症例数　＿＿＿＿　例

４　常勤医師の氏名等（２名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）	当該診療科の経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年
	時間		年

５　麻酔科標榜医の氏名	

６　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

７　常勤の臨床工学技士の氏名	

８　保守管理の計画　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 2

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

［　子宮体がん　・　子宮頸がん　］

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　届出種別	
子宮体がん	子宮頸がん
・新規届出 （実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出 （実績期間　　年　　月～　　年　　月）	・新規届出 （実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出 （実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等

なお、経験症例数については、以下の例による。

（１）開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」）（20 例以上）

（２）腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）（20 例以上）

（３）当該手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）（術者として５例以上）

（４）当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として３例以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	産婦人科又は婦人科の経験年数	上記手術の経験症例数
	時間	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例 （４）　例
	時間	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例 （４）　例
	時間	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例 （４）　例
	時間	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例 （４）　例

<table>
<tr><td colspan="3">４　当該手術を担当する診療科の常勤医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>診療科名（当該手術を担当する科名）</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">５　常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">常勤の麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">病理医の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">６　当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「Ｋ８７９－２（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数
例</td></tr>
<tr><td colspan="3">７　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「６」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 71 の３

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る

届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>双胎間輸血症候群の経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">５　緊急帝王切開に対応できる体制及び「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出</td><td>緊急帝王切開に対応できる体制</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">６　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「３」については、医師が経験した当該手術症例一覧を別添２の様式５２により添付すること。

３　「４」について、「無」の場合は「５」を記載すること。

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。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の４

胎児胸腔・羊水腔シャント術
無心体双胎焼灼術
胎児輸血術
臍帯穿刺

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等
※　それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

医師の氏名	診療科名	当該診療科における経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年

３　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名等	勤務時間	胎児胸水の経験症例数
	時間	例
	時間	例

４　無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	無心体双胎の経験症例数
	時間	例
	時間	例

５　超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、２例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名等	勤務時間	臍帯穿刺又は胎児輸血の経験症例数

	時間	例
	時間	例

６　総合周産期特定集治療室管理料の届出	有　・　無
７　緊急帝王切開に対応できる体制	有　・　無
新生児特定集中治療室管理料の届出	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入すること。

２　「３」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術の届出を行う場合に記入し、胎児胸水症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、無心体双胎症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」については、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入し、臍帯穿刺又は胎児輸血症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　「２」から「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

６　「６」について、「無」の場合は「７」を記載すること。

様式 71 の５

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

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

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、「２」については、術者として実施した当該手術症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 73

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

1　届出する区分 （該当するものそれぞれに〇を付すこと）	輸血管理料Ⅰ　・　輸血管理料Ⅱ　・　輸血適正使用加算 ・貯血式自己血輸血管理体制加算
2　輸血部門における（専任）常勤医師の氏名	
3　輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等	
氏　　名	
	専任　・　専従
	専任　・　専従
	専任　・　専従
4　輸血部門における臨床検査技師の勤務状況 日勤　　名、　　当直　　名	
5　輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況	
輸血用血液製剤の一元管理	実施している　・　実施していない
アルブミン製剤の一元管理	実施している　・　実施していない
6　輸血用血液検査を常時実施できる体制	あり　・　なし
7　輸血療法委員会の開催状況及び取組状況	
年間開催回数	回　／　年
取組内容	
8　輸血に係る副作用監視体制	
輸血前後の感染症検査	実施している　・　実施していない
輸血前の検体の保存	保存している　・　保存していない
9　「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況 遵守している　・　遵守していない	
10　新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況	
①赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量	単位
②新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量	単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量	単位
④アルブミン製剤の使用量	単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量	単位
ＦＦＰ／ＭＡＰ比　（②－③／２）／①　＝	
アルブミン／ＭＡＰ比　（④－⑤）／①　＝	
11　自己血輸血に関する常勤の責任医師の氏名	
12　自己血輸血に関する常勤の看護師の氏名	

［記載上の注意］

１　「４」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

２　「６」の輸血用血液検査とは以下の検査のことを指す。

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、血液交叉試験又は間接Ｃｏｏｍｂｓ検査、不規則抗体検査

３　「７」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。

４　「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量（ｇ）を３で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液１単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。

５　「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。

６　「12」について自己血輸血に関する常勤看護師の認定証の写しを添付すること。

様式 73 の２

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

１　輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間

２　輸血部門における専任の常勤臨床検査技師の氏名等		
常勤臨床検査技師の氏名	勤務形態	勤務時間
	専任　・　専従	時間
	専任　・　専従	時間
	専任　・　専従	時間

３　「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況
遵守している　　・　　遵守していない

４　関連学会から示されているガイドラインの遵守状況
遵守している　　・　　遵守していない

［記載上の注意］

「１」の常勤医師及び「２」の常勤臨床検査技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

様式 73 の３

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出（報告）書添付書類

１　人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	人工肛門又は人工膀胱造設の経験症例数
	時間	例
	時間	例

２　５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等		
常勤の看護師の氏名	急性期患者の看護に従事した年数	研修の修了年月日
	年	
	年	
	年	

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 73 の 5

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科
科

2　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数

例

3　外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について５年以上の経験を有する常勤医師の指名等

※　当該手術について８例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上の経験も併せて有していること。

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	当該療養の経験年数	経験症例数（うち術者として）
	時間		年	年	例 （例）
	時間		年	年	例 （例）

4　実施診療科における常勤の医師（３名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該療養を実施する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科

5　常勤の麻酔科標榜医の氏名	
6　臨床検査技師の氏名	

7　緊急手術が可能な体制

（ 有 ・ 無 ）

8　日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無

（ 有 ・ 無 ）

9　「８」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無

（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　「８」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。

５　「９」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科

2　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3　手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

様式 74 の 3

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

２　病床数：＿＿＿＿＿床

３　当該療養に係る医療機関の体制状況等

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

［記載上の注意］

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

様式 74 の４

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

２　設置機器名

一般的名称	概　　要	
ＫＴＰレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ネオジミウム・ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
色素レーザ	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（Ⅱ）であること。

様式 75

麻酔管理料に係る届出書添付書類

1　届出項目（該当するものにそれぞれ〇をつけること。） （　　）　麻酔管理料（Ⅰ） （　　）　麻酔管理料（Ⅱ）　（　　）　研修を修了した看護師
2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
3　常勤の麻酔科標榜医

氏　名	麻酔科標榜許可書		常勤となった日	勤務時間
	許可年月日	登録番号		
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間
				時間

４　非常勤の麻酔科標榜医（週３日以上かつ22時間以上勤務する医師に限る。） （麻酔管理料（Ⅱ）の届出を行う場合に記入）			
氏　名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書		勤務時間
	許 可 年 月 日	登 録 番 号	時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
５　麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師の氏名 （麻酔管理料（Ⅱ）（研修を修了した看護師）の届出を行う場合に記入）			

［記載上の注意］

１　「１」について、麻酔管理料（Ⅰ）及び麻酔管理料（Ⅱ）の双方の届出を行う場合は、届出項目にそれぞれ〇をつけること。また、麻酔管理料（Ⅱ）については、担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、「研修を修了した看護師」に〇をつけること。

２　麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記入すること。

３　「４」については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている麻酔科標榜医である非常勤医師を組み合わせて配置している場合にのみ、当該非常勤医師について記入すること。

４　「３」及び「４」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　「５」の常勤看護師について、麻酔中の患者の看護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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 75 の２

歯科麻酔管理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。） 科

２　歯科麻酔について２年以上の経験を有するとともに全身麻酔を 200 症例以上及び静脈内鎮静法を 50 症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	勤務時間	経験年数	全身麻酔の経験症例数	静脈内鎮静法の経験症例数
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例

［記載上の注意］

１　「２」の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。

３　歯科麻酔管理料を算定するすべての常勤歯科医師について記載すること。

様式75の３

麻酔管理料（Ⅰ）「注５」周術期薬剤管理加算
麻酔管理料（Ⅱ）「注２」周術期薬剤管理加算 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　周術期薬剤管理の実施体制

専任薬剤師の氏名

２　周術期薬剤管理に関するプロトコルの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成	見直し頻度
□　作成	年　回

３　病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と周術期薬剤管理業務を行う薬剤師の情報共有の方法

４　薬剤の安全使用に関する手順書の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成	見直し頻度
□　作成	年　回

［記載上の注意］

１　「２」については、周術期薬剤管理に関するプロトコルを添付すること。

２　「３」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。

３　「４」については、薬剤の安全使用に関する手順書を添付すること。

様式 76

（放射線治療専任加算／外来放射線治療加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出項目を○で囲むこと。

1　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
2　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等		
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年

当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	

患者が休憩できるベッド等の有無　　（　有　・　無　）

※　外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。

［記載上の注意］

「１」及び「２」の常勤医師及び常勤診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 76 の２

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

放射線治療を行う保険医療機関

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

放射線治療を支援する保険医療機関

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

［記載上の注意］

１　放射線治療を行う保険医療機関及び放射線治療を支援する保険医療機関ともに当該届出が必要であること。

２　放射線治療を行う保険医療機関として届出を行う場合は、第三者機関による直線加速器の出力線量の評価を行った書類の写しを添付すること。

３　放射線治療を支援する保険医療機関として届出を行う場合は、遠隔放射線治療の実施に係る記録を添付すること。

４　「２」の常勤診療放射線技師又は常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 77

高エネルギー放射線治療
一回線量増加加算
（全乳房照射・前立腺照射）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　届出区分 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
2　当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療の実施症例数		症例数 例
3　小児入院医療管理料１の届出の有無		有　・　無
4　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
5　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等		
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
6　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間実施症例数		例
画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）の年間実施症例数		例

［記載上の注意］

1　症例数は特掲診療料施設基準通知２の４の（３）に定めるところによるものであること。

2　高エネルギー放射線の症例数は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。

3　高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「２」及び「３」を、一回線量増加加算（全乳房照射を行う場合）の届出を行う場合にあっては「２」、「４」及び「５」を、一回線量増加加算（前立腺照射を行う場合）の届出を行う場合にあっては、「２」及び「４」～「６」までを記載すること。

4　「４」及び「５」の常勤医師及び常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める　週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 78

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別
・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科

3　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等　※　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	勤務時間	放射線治療の経験年数
□		時間	年
□		時間	年
□		時間	年

4　常勤診療放射線技師の氏名等

常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年

5　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等

担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間
		時間

6　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の実施症例数
例

7　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等

・直線加速器　　（名称　　）
・治療計画用ＣＴ装置　（名称　　）
・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム
（名称　　）
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
（名称　　）
・平面上の照射強度を変化させることができる装置
（名称　　）
・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム
（名称　　）
・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器
（名称　　）

［記載上の注意］

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

２　「３」、「４」及び「５」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、「３」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 22 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。

３　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 10 例以上が必要であること。また、当該実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　当該医療機関における強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。

様式 78 の 2

画像誘導放射線治療加算及び画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数（５年以上）
	時間	年
３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等		
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数（５年以上）
	時間	年
４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職種及び氏名		
担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間
５　放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名		
常勤看護師の氏名	勤務時間	
	時間	
６　当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）		
① ２方向以上の透視が可能な装置		
② 画像照合可能な超音波診断装置		
③ 画像照合可能なＣＴ装置		
④ 体表面の位置情報で照合可能な装置		
⑤ 骨構造の位置情報で照合可能な装置		
⑥ 腫瘍の位置情報で照合可能な装置		
⑦ 画像照合可能なＭＲＩ装置		
⑧ 遠隔操作式密封小線源治療装置		
⑨ 小線源治療用三次元的治療計画装置		

［記載上の注意］

１　「２」、「３」、「４」及び「５」の常勤医師、常勤診療放射線技師、担当者及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「５」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することと。

３　「６」については、画像誘導放射線治療加算の場合は、①～⑥について記入すること（①～③、④～⑥はそれぞれいずれか１つの記入でも可とする）。

４　「６」については、画像誘導密封小線源治療加算の場合は、③及び⑦～⑨について記入すること（③、⑦についてはいずれかで１つのみでも可とする）。

様式 78 の３

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う項目 （該当するものそれぞれに〇をつける）	１　体外照射呼吸性移動対策加算 ２　定位放射線治療・動体追尾法 ３　定位放射線治療・その他のもの

２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名（動体追尾法にあっては２名以上）	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年

３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等

常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年

４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職種及び氏名

担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間

５　当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）

照射範囲の拡大が５㎜以下とするために必要な装置	
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置	

［記載上の注意］

「２」、「３」及び「４」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める　週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 79

定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名等	勤務時間	放射線治療の経験年数（５年以上）
	時間	年

３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等		
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数（５年以上）
	時間	年

４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の氏名等		
担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間

５　当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用ＣＴ装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および 併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

［記載上の注意］

「２」、「３」及び「４」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 79 の 1 の 2

粒子線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
2　放射線治療を専ら担当する常勤医師（２名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線治療の経験年数
		年 （うち　　年）	重粒子線治療　　年 陽子線治療　　年
		年 （うち　　年）	重粒子線治療　　年 陽子線治療　　年
		年 （うち　　年）	重粒子線治療　　年 陽子線治療　　年
3　常勤診療放射線技師の氏名等			
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間		
	時間		
4　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
担当者の氏名	職種	勤務時間	
		時間	
		時間	
5　重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数 重粒子線治療　　例 陽子線治療　　例			

６　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等
・粒子線治療装置　　（名称　　）
・治療計画用ＣＴ装置　（名称　　）
・粒子線治療計画システム （名称　　）
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置 （名称　　）
・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム （名称　　）

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の放射線治療の経験年数について、（　）内に四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射による療養の経験年数を記入すること。

２　当該医療機関における粒子線治療に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。

３　「２」、「３」及び「４」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　「５」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を 10 例以上記入すること。

様式 79 の 1 の 3

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

１　放射線治療に専従の常勤医師（５年以上の経験を有する者が２名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

２　常勤診療放射線技師（３名以上で、かつ治療室１室につき２名以上）

常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
	時間	年
	時間	年

３　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等

担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間

４　放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名

常勤看護師の氏名	勤務時間
	時間

５　粒子線治療に係るキャンサーボードの有無　　有　・　無

６　がん診療連携拠点病院とのキャンサーボードに係る連携の有無　　有　・　無

７　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等

・患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置
（名称　　）
・患者毎のボーラスを用いる深部線量分布形成装置
（名称　　）
・２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置
（名称　　）

［記載上の注意］

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

２　「１」から「４」までの常勤医師、常勤診療放射線技師、担当者及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「５」の粒子線治療に係るキャンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、キャンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

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

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

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

様式 79 の１の４

（ホウ素中性子捕捉療法
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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　関連学会が認定する常勤の医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	関係学会より 認定された年月日
	時間	
	時間	
	時間	
３　常勤診療放射線技師の氏名等		
常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
４　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等		
担当者の氏名	職種	勤務時間
		時間
５　放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名		
担当者の氏名	勤務時間	
	時間	
６　ホウ素中性子捕捉療法の実施症例数 例		

7　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等
・ホウ素中性子捕捉療法装置　（名称　　）
・治療計画用ＣＴ装置　（名称　　）
・ホウ素中性子捕捉療法計画システム （名称　　）
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置 （名称　　）
・ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム （名称　　）
8　ホウ素中性子捕捉療法に係るキャンサーボードの有無　　有　・　無
9　がん診療連携拠点病院とのキャンサーボードに係る連携の有無　　有　・　無

［記載上の注意］

1　ホウ素中性子捕捉療法については、「１」から「４」まで、「６」及び「７」について記入し、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算については、「２」、「８」及び「９」について記入し、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算については、「２」から「５」までについて記入すること。

2　ホウ素中性子捕捉療法については、当該医療機関におけるホウ素中性子捕捉療法に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。

3　「２」から「５」までの常勤医師、常勤診療放射線技師、担当者及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

4　「２」については、関係学会より認定された医師であることを証する文書の写しを添付すること。

5　「６」については、ホウ素中性子捕捉療法の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

6　「８」のホウ素中性子捕捉療法に係るキャンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、キャンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

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

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

7　「９」については、がん診療連携拠点病院とのキャンサーボードに、ホウ素中性子捕捉療法を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

様式 79 の２

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本等の送付・送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

１　保険医療機関の所在地及び名称

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

標本等の受取・受信側（病理診断が行われる保険医療機関）

１　保険医療機関の所在地及び名称
２　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに〇をつけること。） 病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日） 口腔病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日）
３　医療機関の種類（①、②又は③の該当するものを記入） ①　病院の場合 ・特定機能病院　　承認年月日　　年　　月　　日 ・臨床研修指定病院　　指定年月日　　年　　月　　日 ・へき地医療拠点病院　　指定年月日　　年　　月　　日
②「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する医療機関
③　病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日　　年　　月　　日

４　病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等		
常勤の医師又は歯科医師の氏名	勤務時間	病理診断を専ら担当した経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

５　受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項
（衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入）

①　標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数　＿＿＿＿＿＿件

②　①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数　＿＿＿＿＿＿件

③　②の内訳（作製数の多い衛生検査所の開設者上位３者の名称及び作製数）

（名称）　（作製数）　＿＿＿＿＿＿件

（名称）　（作製数）　＿＿＿＿＿＿件

（名称）　（作製数）　＿＿＿＿＿＿件

④　同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合＝
（③のうち最大のもの／②）×１００＝　□　％

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

［記載上の注意］

１　標本等の送付・送信側及び標本等の受取・受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本等の送付・送信側の保険医療機関の届出書については、標本等の受取・受信側に係る事項についても記載すること。

２　「４」の常勤医師又は歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　標本等の送付・送信側における「３」および標本等の受取・受信側における「６」については、デジタル病理画像の送受信を行わない場合は、記載しなくてよいこと。

様式 80

［保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診］の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出を行う項目（該当するものに○をつける）
（　　）保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
（　　）保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

2　当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名等

（職種）　　（氏名）

（勤務時間）　　時間　（病理標本作製業務の経験年数）　　年

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

3　病理診断を専ら担当する常勤医師又は歯科医師の氏名等

（職種）　　（氏名）　　（勤務時間）　　時間

4　医療機関種別（該当するものに○をする）
・特定機能病院　　承認年月日　　年　　月　　日
・臨床研修指定病院　　指定年月日　　年　　月　　日
・へき地医療拠点病院　　指定年月日　　年　　月　　日
・「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する医療機関

［記載上の注意］
1　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製と保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の両方の届出を行う場合は、それぞれ別に作成すること。
2　「２」の常勤検査技師及び「３」の常勤医師又は歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 80 の２

病理診断管理加算１
病理診断管理加算２
悪性腫瘍病理組織標本加算
デジタル病理画像による病理診断

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

２　病理診断を専ら担当する医師の氏名等

医師の氏名	病理診断を専ら担当した経験年数	常勤・非常勤	勤務時間	医療機関勤務
	年	□常勤 □非常勤	時間	□
	年	□常勤 □非常勤	時間	□
	年	□常勤 □非常勤	時間	□

３　年間の剖検数・検体数等

①　剖検	件
②　病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③　細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件
４　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績 ①　開催年月日　　年　　月　　日 ②　開催年月日　　年　　月　　日 ③　開催年月日　　年　　月　　日 ④　開催年月日　　年　　月　　日 ⑤　開催年月日　　年　　月　　日 ⑥　開催年月日　　年　　月　　日	

５　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに〇をつけること。）
病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日）
口腔病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日）

６　デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

［記載上の注意］

１　「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。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、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 22 時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の□に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算１については１名以上、病理診断管理加算２については２名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

２　「３」の剖検については届出前１年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。

３　「４」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。

４　「４」については、病理診断管理加算２の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

５　「５」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

６　「６」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

様式 80 の３

（口腔病理診断管理加算１／口腔病理診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等		
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	勤務時間	経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

２　年間の剖検数・検体数等	
①　剖検	件
②　病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③　細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件

３　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績

①　開催年月日	年	月	日
②　開催年月日	年	月	日
③　開催年月日	年	月	日
④　開催年月日	年	月	日
⑤　開催年月日	年	月	日
⑥　開催年月日	年	月	日

［記載上の注意］

１　「１」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」の剖検については届出前１年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。

３　「３」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。

４　口腔病理診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載しなくてよいこと。

様式 81

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

１．補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏　　名	役　　職

２．具体的な維持管理方法

３．保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

□　昭和
□　平成　　＿＿＿＿年　　＿＿＿＿月
□　令和

４．保険医療機関コード

様式 82

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="2">常勤の歯科医師</td><td rowspan="2">氏
名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>検査機器の
設置状況等</td><td colspan="2">歯科矯正セファログラム機器</td><td>機器名:</td></tr>
<tr><td rowspan="4">歯科矯正を担当する専任の歯科医師</td><td colspan="2">氏　名</td><td>経歴(経験年数を含む。)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">顎切除等の手術を担当する施設
(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)</td><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
</table>

様式 83

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td>障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日</td><td colspan="3">□ 昭和
□ 平成　　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
□ 令和</td></tr>
<tr><td rowspan="3">検査機器の設置状況等</td><td>歯科矯正セファログラム機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td>下顎運動検査機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td>咀嚼筋筋電図検査機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td rowspan="5">歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師</td><td rowspan="4">氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>人数</td><td colspan="2">＿＿＿＿＿＿名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士</td><td rowspan="5">氏名</td><td>歯科衛生士</td><td>看護師</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>人数</td><td colspan="2">＿＿＿＿＿＿名</td></tr>
<tr><td rowspan="4">顎離断等の手術を担当する施設
(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)</td><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
</table>

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３ーイ
	（　）	調剤基本料３ーロ
	（　）	調剤基本料３ーハ
	（　）	特別調剤基本料（調剤基本料の「注２」）

2　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）

□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）		
		指定日	令和　　年　　月　　日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）		
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出		
□	その他　（　　）		

3　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無（医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	□あり（様式 87 の２の添付が必要） □なし

4　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無（特別調剤基本料関係）

特別な関係を有する保険医療機関名※1 ※１　アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載	名称： □病院　□診療所	
ア　保険医療機関と不動産の賃貸借取引	□なし	□あり※2
イ　保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	□なし	□あり※2
ウ　保険薬局が所有する設備の貸与	□なし	□あり
エ　保険医療機関による開局時期の指定	□なし	□あり※2

※２　病院と平成 28 年 10 月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間でア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年４月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。

また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年９月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年３月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。

５　同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３関係）		
	ア　薬局グループへの所属の有無	□所属していない（個店） →「６」へ □所属している
	イ　所属するグループ名	
	ウ　同一グループの保険薬局数（①）	
	エ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
	オ　特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	□なし　　□あり
６　処方箋の受付回数及び集中率等 期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　か月間③）		
（１）　全処方箋受付回数等		
	ア　全処方箋受付回数（④）	回
	イ　アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回
	ウ　主たる保険医療機関名	
	エ　処方箋集中率（％）（⑥）	％
（２）　同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料２関係）		
	ア　同一建物内の保険医療機関の有無	□なし　→「（３）」へ □あり
	イ　同一建物内の保険医療機関数（⑦）	施設
	ウ　イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑧）	回
（３）　主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料２関係）		
	ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	□なし　→記載終了 □あり
	イ　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑨）	施設
	ウ　イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑩）	回
	エ　⑤と⑩を合計した処方箋受付回数（⑪）	回

（参考）

調剤基本料の区分については、以下のＡからＥに基づき判定し、表の「１」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

Ａ　医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「３」の「あり」に☑）

該当　→調剤基本料１に該当

該当しない　→Ｂへ

Ｂ　特別調剤基本料への該当性

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「４」でいずれも「なし」に☑）

→Ｃへ

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「４」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑥）が 70％を超える

該当　→特別調剤基本料に該当

該当しない　→Ｃへ

Ｃ　調剤基本料３への該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→Ｄ－１へ

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→Ｃ－３へ

・300 未満　→（３）へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・３万５千回以下　→Ｄ－１へ

・３万５千回を超え、４万回以下　→Ｃ－１へ

・４万回を超え、40 万回以下　→Ｃ－２へ

・40 万回を超える　→Ｃ－３へ

Ｃ－１　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：３万５千回を超え、４万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のエの「あり」に☑）

・処方箋集中率（表の⑥）が 95％を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－２　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：４万回を超え、40 万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のエの「あり」に「☑」）

・処方箋集中率(表の⑥)が 85%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－３　同一グループの保険薬局数：300 以上又は

グループ内の１月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　ロに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のエの「あり」に「☑」）

・処方箋集中率(表の⑥)が 85%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｄ－１　調剤基本料２への該当性①

・１つの保険医療機関からの１月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－２へ

Ｄ－２　調剤基本料２への該当性②

・同一建物内に保険医療機関がない（表の「６」の(２)のアの「なし」に「☑）

→Ｄ－３へ

・同一建物内に保険医療機関がある（表の「６」の(２)のアの「あり」に「☑）

・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数(表の⑧/③)：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－３へ

Ｄ－３　調剤基本料２への該当性③

・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「６」の(３)のアの「なし」に「☑））

→Ｄ－４へ

・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「６」の(３)のアの「あり」に「☑））

・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数の合計(表の⑪/③)：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－４へ

Ｄ－４　調剤基本料２への該当性④

・次のいずれかに該当　→調剤基本料２に該当

１月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

・4,000 回を超え、かつ、70%を超える

・2,000 回を超え、かつ、85%を超える

・1,800 回を超え、かつ、95%を超える

いずれにも該当しない　→Ｅ－１へ

Ｅ　調剤基本料３のハへの該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→調剤基本料１に該当

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→調剤基本料３のハに該当

・300 未満　→（３）へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・40 万回を超える　→調剤基本料３のハに該当

・40 万回未満　→調剤基本料１に該当

［記載上の注意］

１　「２」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

２　「２」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

３　「２」については、令和４年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和４年度改定に伴う届出」と記載する。

４　「３」については、注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

５　「４」については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年３月４日保医発 0304 第３号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添１の第 90 により判断する。

６　「５」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年２月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年２月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。

７　「５」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添１の第 88 の２の（９）により判断する。

８　「６」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、９のアからウの本文に該当する場合を除く。）。

９　「６」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。

ア　時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

ウ　居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

10　「６」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④にて算出する。

11　「６」の⑦について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑧については、⑤を含めて記載する。

様式 85

妥結率等に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

１．妥結率

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

２．単品単価契約率

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

３．一律値引き契約の状況

（１）一律値引き契約の該当の有無

□ 有	□ 無

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

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

［記載上の注意］

１　医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。

２　薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。

３　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

４　単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。

５　一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、５割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。

６　値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに 100 を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第２位を切り捨てて計算すること。

７　１．から３．までの報告については、報告年度の当年４月１日から９月 30 日の実績を報告年度の 10 月１日から 11 月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定されることに留意すること。

８　同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が１月に３万５千回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

様式 87

調剤基本料の注７に係る後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類及び「調剤基本料の注８の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 （いずれかに〇を付す）	（　）　後発医薬品調剤体制加算１ （カットオフ値50％以上かつ新指標80％以上） （　）　後発医薬品調剤体制加算２ （カットオフ値50％以上かつ新指標85％以上） （　）　後発医薬品調剤体制加算３ （カットオフ値50％以上かつ新指標90％以上）
調剤基本料の「注８」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性 （該当する場合に〇を付す）	（　）　該当しない（新指標50％超） （　）　該当する（新指標50％以下） →（　）処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期　　間 （届出時の直近３か月間：１か月ごと及び３か月間の合計）	年　月	年　月	年　月	年　月 ～　年　月 （直近３か月間の合計）
全医薬品の規格単位数量（①）				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②）				
後発医薬品の規格単位数量（③）				
カットオフ値の割合（②／①）（％）				
新指標の割合（③／②）（％）				

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

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

［記載上の注意］

１　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

２　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和４年３月４日保医発 0304 第７号）を参照すること。

３　「調剤基本料の「注８」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注８」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

様式 87 の２

調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準に係る届出書添付書類

１　基本診療料の施設基準等の別表第六の二に所在する保険薬局である	□

２　全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　ヶ月間）	
ア　１月あたりの平均処方箋受付回数	回
イ　主たる医療機関に係る処方箋の集中率	%
ウ　主たる保険医療機関名	
許可病床数（病院の場合のみ記載）	床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	□　該当　　□　非該当

３　当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報	
保険医療機関名	許可病床数（病院のみ記載）
(1)	床
(2)	床
(3)	床
(4)	床
(5)	床
(6)	床
(7)	床
(8)	床
(9)	床
(10)	床

４　特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	□　あり　　□　なし
５　特定の区域内の保険医療機関数	

［記載上の注意］

１　「１」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年３月４日保医発 0304 第２号）の別添３の別紙２を参照すること。

２　「２」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。

３　「３」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

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

５　当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

様式 87 の３

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

	調剤基本料の区分	
１ 当該保険薬局における調剤基本料の区分（いずれかに〇）	（ ）	調剤基本料１
	（ ）	調剤基本料２
	（ ）	調剤基本料３ーイ
	（ ）	調剤基本料３ーロ
	（ ）	調剤基本料３ーハ
	（ ）	特別調剤基本料（「区分番号00」の「注２」）

	地域支援体制加算の区分		提出が必要な様式
２ 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等（いずれかに〇）	（ ）	地域支援体制加算１	様式87の３及び様式87の３の２
	（ ）	地域支援体制加算２	
	（ ）	地域支援体制加算３	様式87の３及び様式87の３の３
	（ ）	地域支援体制加算４	

３ 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況（対応している内容に☑をすること。）

□ 患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤の都度必要事項を記入している。

□ 患者に対して必要な薬学的管理指導を行い、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っている。

４ 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況（対応している内容に☑をすること。）

□ 医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録している。

□ 常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集を行い、自局の保険薬剤師に周知している。

５ 開局時間

６ 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況（対応している内容に☑をすること。）

薬学的管理指導に係る職員等研修の実施実績及び計画 □あり

外部の学術研修の受講 □あり

７ 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況（対応している内容に☑をすること。）

□ 薬剤管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなどの体制を整備している。

□ 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局である旨の掲示をしている。

在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出 □あり

８ 備蓄品目数 （ 年 月現在）	品目

９　全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間：　　年　　月　　～　　年　　月	
・受付回数	回
・主たる医療機関の処方箋受付回数	回
・集中率（%）	%
10　後発医薬品の調剤割合	%
11　管理薬剤師	
・氏名	
・薬局勤務経験年数	年
・週あたりの勤務時間	時間
・在籍年数	年

12　当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局（主なものを記載する。）			
	①	②	③
・名称			
・所在地			

13　当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制 （次のいずれかに〇をつけ、薬剤師名等を記入すること。）
(1) 担当者が固定している場合 (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 （主な担当者を記載することで差し支えない。） ・担当薬剤師名： ・連絡先：

14　医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	□あり
15　患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法 （配慮方法）（具体的に記入：　　）	
16　副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について	□あり
17　プレアボイド事例の把握・収集に関する取組	□あり

［記載上の注意］

１　「１」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの１つに〇をすること。

２　「２」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの１つに〇をすること。

３　「３」については、個人情報を削除又は塗り潰した薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。

４　「４」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。

５　「５」については、自局の開局時間を記載すること。

６　「６」「７」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。

７　「９」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

８　「10」については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料の注７に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

９　「11」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の１週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。

10　「15」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。

11　「16」については、当該手順書の写しを添付すること。

12　「17」の「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。

13　当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の３の２

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
（地域支援体制加算１又は２の届出を行う保険薬局用）

１　当該保険薬局における地域支援体制加算の区分（いずれかに〇）	（　）	地域支援体制加算１
	（　）	地域支援体制加算２

２　各基準の実績回数等（地域支援体制加算１又は２の届出薬局が記載すること。） ※以下の(1)、(2)及び(3)の基準を満たし、かつ、(4)又は(5)のいずれかの基準を満たす必要がある。（(2)及び(5)の実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）		
(1)麻薬小売業者免許の取得（免許証の番号を記載）		
(2)在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（保険薬局当たり 24 回以上／年）（ア＋イ＋ウ＋エ）		回
（参考）		
	ア　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（医療保険）の算定実績	回
	イ　居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）の算定実績	回
	ウ　ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
	エ　ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績	回
(3)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出		□あり
(4)服薬情報等提供料等（保険薬局あたり 12 回以上／年）		回
(5)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席（保険薬局あたり１回以上／年）		回

［２に係る記載上の注意］

１　令和４年３月 31 日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の(2)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和５年３月 31 日までの間に限り、(2)を満たしているものとする。

２　(2)の実績については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料は除く。

３　(2)のエの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

４　(4)の実績については、服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績をいう。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。

①服薬管理指導料の「注６」の特定薬剤管理指導加算２、②服薬管理指導料の「注 10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料２、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

５　(5)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも５つまでの記載とすること。

６　届出に当たっては、様式 87 の３を併せて提出すること。

３及び４　各基準の実績回数等（地域支援体制加算２の届出薬局が記載すること。）			
３　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①） （前年３月１日から当年２月末日）			回
４　各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの９つの基準のうち、３つ以上を満たす必要がある。			
処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　　年　　月　　～　　年　　月		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※１	保険薬局における実績の合計
（　）	(1)時間外等加算及び夜間・休日等加算（400回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(2)麻薬の調剤回数（10回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（40回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料（40回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(5)外来服薬支援料１（12回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(6)服用薬剤調整支援料（１回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(7)単一建物診療患者が１人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（24回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(8)服薬情報等提供料等（60回／受付回数１万回）	回	回
※１　直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。			
保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計	
	(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数（５回／保険薬局）	回	

［３及び４に係る記載上の注意］

１　令和４年３月31日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和５年３月31日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。

２　「３」の「保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

３　「４」の「各基準に①を乗じて１万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

４　「４」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「４」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。

５　「４」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。

(1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注４」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注５」の夜間・休日等加算

(2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注３」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
(3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注３」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
(4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
(5)外来服薬支援料１（外来服薬支援料２は除く。）
(6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料１及び２
(7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
(8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
①服薬管理指導料の「注６」の特定薬剤管理指導加算２、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料２、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

６　「４」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも 10 までの記載とすること。

７　届出に当たっては、様式 87 の３を併せて提出すること。

様式 87 の３の３

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
（地域支援体制加算３又は４の届出を行う保険薬局用）

１　当該保険薬局における地域支援体制加算の区分（いずれかに〇）	（　）	地域支援体制加算３
	（　）	地域支援体制加算４
２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）（前年３月１日から当年２月末日）		回

３　各基準の実績回数

地域支援体制加算３：以下の(1)から(9)までの９つの基準のうち、(4)及び(7)を含む３つ以上を満たすとともに、(10)を満たすこと。

地域支援体制加算４：以下の(1)から(9)までの９つの基準のうち、８つ以上を満たすこと。

	処方箋受付回数１万回当たりの基準（１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　年　月　～　年　月	各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※１	保険薬局における実績の合計
（　）	(1)時間外等加算及び夜間・休日等加算（400 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(2)麻薬の調剤回数（10 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（40 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料（40 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(5)外来服薬支援料１（12 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(6)服用薬剤調整支援料（１回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(7)単一建物診療患者が１人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（24 回／受付回数１万回）	回	回
（　）	(8)服薬情報等提供料等（60 回／受付回数１万回）	回	回

※１　直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

	保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計
	(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数（５回／保険薬局）	回
(10) 麻薬小売業者免許の取得（免許証の番号を記載）（地域支援体制加算３の届出薬局が記載すること。）		

［記載上の注意］

１　令和４年３月 31 日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和５年３月 31 日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。

２　「２」の「保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

３　「３」の「各基準に①を乗じて１万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

４　「３」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「３」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。

５　「３」の⑴から⑻の実績の範囲は以下のとおり。

⑴①時間外等加算：薬剤調製料の「注４」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注５」の夜間・休日等加算

⑵麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注３」の麻薬を調剤した場合に加算される点数

⑶①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注３」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

⑷①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料

⑸外来服薬支援料１（外来服薬支援料２は除く。）

⑹服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料１及び２

⑺以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。

①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費

⑻服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。

①服薬管理指導料の「注６」の特定薬剤管理指導加算２、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料２、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

６　「３」の⑼については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも 10 までの記載とすること。

７　届出に当たっては、様式 87 の３を併せて提出すること。

様式 87 の３の４

連携強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制（対応している内容に☑をすること。）
□　災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。
□　都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。
□　災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。（周知媒体：　　）
□　災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

［記載上の注意］

１　「１」の「周知媒体」については、災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、広く周知している媒体を記載すること。

様式 87 の４

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 （いずれかに〇をつける）	（　）	慢性維持透析を行った場合１
	（　）	慢性維持透析を行った場合２

１　届出の区分（該当する項目の□に「レ」を記入する）

□新規届出

□区分変更に伴う届出

□その他　（　　）

２　透析用監視装置１台あたりの区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定した患者数

期間：　　年　　月　　～　　年　　月　（　　ヶ月間）

上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計（①）	台
上記期間の各月の区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定した患者数の合計（②）	人
透析用監視装置１台あたりの区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定した患者数（②／①）（③）	人

３　透析機器安全管理委員会の設置状況	有　・　無	
	職　種	氏　名
（１）　透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
（２）　透析液製造担当者の職種及び氏名		
（３）　品質管理者の職種及び氏名		
（４）　機器・設備管理担当者の職種及び氏名		

４　慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に〇をつける。

（１）　①を上記期間の月数で除した値が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合１

①を上記期間の月数で除した値が 26 台以上 →（２）へ

（２）　③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合１

③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合２

［記載上の注意］

１　「２」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。

ア　透析室に配置されていること

イ　患者に対して使用できる状態であること

２　「２」の②については、①が 26 台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。

３　「２」の②については、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の「１」から「３」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において５回以下の患者を除いて求めること。

４　透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。

５　品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。

６　透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

様式 87 の５

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

１　耳鼻咽喉科の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科の経験年数
	時間	年
	時間	年

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

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

３　「２」については、関係学会による手術講習会の受講の有無が分かる書類の写し（当該講習会の名称、実施主体、受講日及び受講者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 87 の６

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

１　広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績　　（ 有 ・ 無 ）		
２　同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	同種皮膚移植の経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例
３　日本組織移植学会の認定する組織バンクとの契約の有無　　（ 有 ・ 無 ）		

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師が経験した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」の医師が関連学会の主催する講習会を受講したことを証明する書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

３　「３」について、当該組織バンクと適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。

様式 87 の７

後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靭帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師の氏名等（１名以上）

医師の氏名	勤務の態様	勤務時間	脊椎又は脊髄に係る手術の経験症例数	後縦靭帯骨化症に係る手術の経験症例数
	常勤 非常勤	時間	例	例
	常勤 非常勤	時間	例	例

３　整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間		年
	時間		年

４　顕微鏡下に手術が実施できる体制　　（　有　・　無　）

５　手術の際の緊急事態に対応可能な体制　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 87 の８

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

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

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の９

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

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　消化器外科の医師の氏名（１名以上）		
医師の氏名	勤務の態様	勤務時間
	常勤・非常勤	時間
	常勤・非常勤	時間
３　緊急手術が可能な体制　　（ 有 ・ 無 ）		

［記載上の注意］

１「２」の医師の勤務時間については、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 10

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

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

［記載上の注意］

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

２　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「７」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 10 の２

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

<table>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td colspan="4">２　当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数
＿＿＿＿　例
そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の実施症例数
＿＿＿＿　例</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科
科
科
科</td></tr>
<tr><td rowspan="4">４　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="4">５　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">６　常勤の臨床工学技士の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">７　保守管理の計画　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

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

２　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。その際、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含めてもよい。

４　「７」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 11

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

の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）			
2　胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
3　当該医療機関における体外循環を使用する手術の年間実施症例数 例 そのうち、心臓弁膜症手術の年間実施症例数 例			
4　心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
5　当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の年間実施症例数 例			
6　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科			
7　心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について５年以上の経験及び専門的知識を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	心臓血管外科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
8　経食道心エコーの年間実施症例数　　（　　例）			

９　緊急手術が可能な体制	（　有　・　無　）	
10　常勤の臨床工学技士の氏名（体外循環の操作を30例以上実施した経験を有する者が１名以上）		
11　保守管理の計画	（　有　・　無　）	

［記載上の注意］

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

２　胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術を届け出る場合にあっては、「２」、「５」、「９」及び「11」は記載する必要がないこと。また、「３」又は「４」は、当該施設基準を満たすものとして、いずれか一方を記載すればよいこと。

３　胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を届け出る場合にあっては、「４」は記載する必要がないこと。

４　「２」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師が術者として経験した当該手術症例一覧を別添２の様式52により添付すること。

５　「３」、「５」及び「８」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

６　「７」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

７　「10」について、当該技師のうち１名以上について、手術における体外循環の操作を実施した症例一覧を別添２の様式52により添付すること。

８　「11」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

９　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式87の12

経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

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

２　「３」については、経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「４」については、経食道心エコー検査は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

４　「５」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　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添付すること。

様式 87の 13

（経皮的循環補助法
経皮的循環補助法（小児を対象とする場合））の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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

［記載上の注意］

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

２　「２」は実績期間内に 100 例以上が必要であること。小児を対象とする場合は実

績期間内に 18 歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数が50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」は実績期間内に３００例以上が必要であること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。

４　「４」は実績期間内に 30 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。

５　「５」は実績期間内に 20 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。

６　「６」、「７」及び「10」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

７　小児施設の場合、「８」は11歳未満の症例に対する機械的循環補助の実施症例数が５年間で３例以上が必要であること。

様式 87 の 14

（腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術　（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））（※）

の施設基準に係る届出書添付書類

※届出する事項を〇で囲むこと。

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　当該医療機関における胃悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数 例 そのうち、腹腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数 例				
3　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科 科 科				
4　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
5　緊急手術が可能な体制			（　有　・　無　）	
6　常勤の臨床工学技士の氏名				
7　保守管理の計画			（　有　・　無　）	

［記載上の注意］

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

２　「２」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）

を別添２の様式52により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間について、週あたりの所定労働時間を記載すること。

４　「７」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 15

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

2　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例

3　消化器内科の５年以上の経験及び消化管内視鏡検査について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
	時間	年	年
	時間	年	年

4　放射線科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	放射線科の経験年数
	時間	年
	時間	年

3　緊急手術が可能な体制　　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

1　「２」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　「２」、「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

3　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 16

腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ▪　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ▪　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）		
２　当該療養を５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の 経験症例数
	時間	例
	時間	例
３　当該保険医療機関における胆道閉鎖症に係る手術（区分番号「Ｋ６８４」又は「Ｋ６８４－２」）の年間実施症例数 例		
４　当該保険医療機関における腹腔鏡を用いる手術（１６歳未満に実施したものに限る。区分番号「Ｋ６３４」を除く。）の年間実施症例数 例		

［記載上の注意］

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

２　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

様式 87 の 17

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>当該手術の術者としての経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数

例
そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数
例</td></tr>
<tr><td colspan="4">４　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科
科</td></tr>
<tr><td rowspan="4">５　呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について５年以上の経験及び専門的知識を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>呼吸器外科の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="4">６　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">７　常勤の臨床工学技士の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">８　保守管理の計画　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 17 の２

生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師が経験した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 18

腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）				
2　当該医療機関における直腸切除・切断術又は腹腔鏡下直腸切除・切断術の年間実施症例数 例 そのうち、腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の年間実施症例数 例				
3　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科 科 科				
4　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
		時間		年
		時間		年
		時間		年
5　緊急手術が可能な体制		（　有　・　無　）		
6　常勤の臨床工学技士の氏名				
7　保守管理の計画		（　有　・　無　）		

［記載上の注意］

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

２　「２」の腹腔鏡下直腸切除・切断術については、腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含めても差し支えない。

３　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

５　「７」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 19

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

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

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 20

性同一性障害の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜する診療科

２　関連学会の認定を有する常勤又は非常勤の医師

医師の氏名	勤務時間	勤務の態様	経験年数
	時間	常勤・非常勤	年
	時間	常勤・非常勤	年

３　当該保険医療機関における、医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の実施症例数

例

４　医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を 20 例以上実施した経験を有する関連学会認定の常勤医師

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数	当該診療科の経験年数
		時間	例	年
		時間	例	年

５　関連学会のガイドラインを遵守していること　□

［記載上の注意］

１　「１」の標榜する診療科については、施設基準にかかる診療科であること。

２　「２」については、医師が関係学会による認定を受けたことを証明する書類の写しを添付すること。

３　「３」及び「４」については、いずれか一方を記載すればよいこと。また、当該手術症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「２」及び「３」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 87 の 21

コーディネート体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
2　当該療養について専門の知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該療養の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
3　「１」の診療科に対する関係学会による認定の有無 （ 有 ・ 無 ）		

［記載上の注意］

1　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

2　「３」について、当該診療科が関係学会による認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

様式 87 の 22

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="3">１　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術若しくは胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術又は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（全て内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として合計10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>当該手術の術者としての経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="4">２　当該医療機関における胸腺関連疾患に係る手術の年間実施症例数
例
そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数
例</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科
科</td></tr>
<tr><td rowspan="4">４　呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>呼吸器外科の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="3">５　緊急手術が可能な体制</td><td>（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">６　常勤の臨床工学技士の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">７　保守管理の計画</td><td>（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「１」及び「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「７」については、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 23

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する術式について（該当する部分に〇をつける）
- 乳房切除術
- 子宮附属器腫瘍摘出術

２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	

４　産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を６年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	

５　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数
		時間	年
		時間	年

６　乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出　（　有　・　無　）

６－２　連携により当該体制を有している場合は、当該連携医療機関の名称	

７　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出　（　有　・　無　）

８　麻酔科標榜医の氏名	
９　病理部門の病理医氏名	

［記載上の注意］

１　「３」から「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「３」及び「４」について、医師の医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

３　「６」について、「無」にチェックがついた場合は「６－２」に連携により当該体制を有している他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「８」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 87 の 24

自家脂肪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　形成外科の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等（２名以上、そのうち１名以上が10年以上の経験を有する者）			
常勤医師の氏名	勤務時間	形成外科の経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有　・　無
	時間	年	有　・　無
	時間	年	有　・　無
３　耳鼻咽喉科の専門的な研修の経験を10年以上有している常勤医師の氏名等（１名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科の経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有　・　無
	時間	年	有　・　無
４　緊急手術が可能な体制		有　・　無	

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」及び「３」の常勤医師のうち１名以上が、関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 25

緊急整復固定加算及び緊急挿入加算に規定する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　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（２名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
３　麻酔科標榜医の氏名		
４　常勤の内科の医師の氏名（１名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	
	時間	
	時間	
	時間	
５　緊急手術が可能な体制	（　有　・　無　）	
６　大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の区分番号「Ｋ０４６　骨折観血的手術」及び「Ｋ０８１　人工骨頭挿入術」の算定回数の合計	回	
７　当該施設における大腿骨近位部骨折後 48 時間以内に手術を実施した前年の実績に係る院内掲示の有無	（　有　・　無　）	
８　多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアルの有無	（　有　・　無　）	

９　速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準の有無	（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「２」の整形外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「３」について、麻酔科標榜許可証の写しを添付すること。

３　「４」の内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　「８」については、当該医療機関内で策定された大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアルを添付すること。

５　「９」については、当該医療機関内で策定された院内の内科受診基準を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 26

内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
2　脳神経外科の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の経験年数	内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術の実施症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
3　麻酔科の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	麻酔科の経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
4　合併症への対応の体制		有・無	

［記載上の注意］

1　「２」は内視鏡下脳腫瘍生検術又は内視鏡下脳腫瘍摘出術を、当該手術に習熟した医師の補助として合わせて 10 例以上経験し、医師当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として合わせて 10 例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

3　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 27

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
２　10 年以上の脳神経外科又は整形外科の経験を有し、脊椎又は脊髄に係る専門的知識を有する医師の氏名等（１名以上）

医師の氏名	当該診療科の経験年数
	年
	年
	年

３　緊急事態に対応するための体制　　（　有　・　無　）
４　当該保険医療機関における、区分番号「Ｋ９３０」脊髄誘発電位測定等加算及び区分番号「Ｋ９３９」画像等手術支援加算の１年間の算定回数の合計（５回以上）
回

［記載上の注意］

当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 28

舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科				
２　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

　また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 29

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科				
２　鼓室形成に係る手術の年間実施件数（20例以上） 例				
３　耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（３名以上、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する者）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、鼓室形成に係る手術とは、鼓室形成手術又は経外耳道的内視鏡下鼓室形成術のことをいう。

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 30

（鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））

の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
2　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 科 科
3　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有しており、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の手術を術者として、合わせて３例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	ア　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数	イ　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数
		時間	年	例	例
				アとイの合計	例

4　常勤の医師の氏名等（耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年

医師が２名以上、そのうち１名以上が10年以上の経験を有する者）			時間	年
５　麻酔科標榜医の氏名				
６　当該保険医療機関における咽頭悪性腫瘍又は喉頭悪性腫瘍に係る手術の実施症例数	①咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）		例	
	②鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）		例	
	③喉頭悪性腫瘍手術		例	
	④鏡視下喉頭悪性腫瘍手術		例	
	⑤喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術		例	
	①～⑤の合計（10例以上）		例	
７　常勤の臨床工学技士の氏名				
８　緊急手術が可能な体制	有　・　無			

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「６」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 31

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　耳鼻咽喉科又は神経内科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等（２名以上。そのうち１名以上が耳鼻咽喉科又は神経内科について 10 年以上の経験を有している者）			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年
３　緊急手術が可能な体制	有　・　無		

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 32

不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）			
2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科			
3　心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について５年以上の経験及び専門的知識を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	心臓血管外科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
4　経食道心エコーの年間実施症例数　（　　例）			
5　緊急手術が可能な体制　（　有　・　無　）			
6　常勤の臨床工学技士の氏名（１名以上）			

［記載上の注意］

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

２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師が術者として経験した当該手術症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

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

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 33

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）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　外科又は消化器外科の常勤の医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上、そのうち 10 年以上の経験を有するものが１名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 34

内視鏡的逆流防止粘膜切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科				
２　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有し、早期悪性腫瘍に係る消化管内視鏡手術（区分番号「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」、「３」及び「Ｋ７２１－４」）を術者として30例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	早期悪性腫瘍に係る消化管内視鏡手術の術者としての経験症例数（30例以上）	
	時間	年	例	
３　常勤の医師の氏名等（消化器内科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者２名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 35

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
２　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 科

３　腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として３例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数
	時間	例

４　常勤の医師の氏名等（小児外科、外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する者２名以上、そのうち１名以上が10年以上の経験を有する者）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年

５　麻酔科標榜医の氏名	

６　当該保険医療機関における総胆管拡張症に係る手術（区分番号「Ｋ６７４」又は「Ｋ６７４－２」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含む。））の実施症例数 例

そのうち、腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数 例	
７　常勤の臨床工学技士の氏名	
８　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「６」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 36

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）	
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科	
３　当該保険医療機関において１年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数 例	
４　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上）	
５　病理部門の病理医氏名	
６　緊急手術が可能な体制	有　・　無

常勤医師の氏名	勤務時間	消化器外科の経験年数 （少なくとも1名は5年以上）
	時間	年
	時間	年
	時間	年

［記載上の注意］

１　「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 37

腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
２　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 科
３　腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を術者として合わせて10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合の術者としての経験症例数（10例以上）
	時間	例

４　常勤の医師の氏名等（消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する者２名以上、そのうち１名以上が10年以上の経験を有する者）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年

５　麻酔科標榜医の氏名	

６　当該保険医療機関における腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）等の実施症例数	
①　腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の通算実施症例数（３例以上）	例

②　１年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術の症例数（20例以上）	例
③　１年間に実施した肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）の症例数（10例以上）	例
④　１年間に実施した腹腔鏡下肝切除術の症例数（10例以上）	例
７　常勤の臨床工学技士の氏名	
８　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「６」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 38

移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科
２　外科、消化器外科又は小児外科における常勤の医師の氏名等（３名以上）

診療科	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数（少なくとも１名は５年以上）
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年

３　病理部門の病理医氏名
４　緊急手術が可能な体制　（　有　・　無　）
５　移植用部分肝採取術（生体）と生体部分肝移植術又は移植用肝採取術（死体）と同種死体肝移植術を術者として合計 10 例以上実施し、腹腔鏡下肝切除を術者として 50 例以上実施した経験を有する医師の氏名等

医師の氏名	移植用部分肝採取術（生体）と生体部分肝移植術の実施症例数	移植用肝採取術（死体）と同種死体肝移植術の実施症例数	腹腔鏡下肝切除を術者として実施した実施症例数
	例	例	例
	例	例	例

［記載上の注意］

１　「２」の外科、消化器外科又は小児外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「５」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

様式 87 の 39

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）				
2　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科	当該手術の術者としての経験症例数
		時間		例
		時間		例
3　当該医療機関における結腸悪性腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ７１９の３」又は「Ｋ７１９－３」）の年間実施症例数 例 そのうち、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数 例				
4　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科 科 科				
5　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
		時間		年
		時間		年
		時間		年
6　緊急手術が可能な体制		（　有　・　無　）		
7　常勤の臨床工学技士の氏名				
8　保守管理の計画		（　有　・　無　）		

［記載上の注意］

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

２　「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 40

内視鏡的小腸ポリープ切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年
３　緊急手術が可能な体制	有　・　無		

［記載上の注意］

「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 87 の 41

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
埋没陰茎手術
陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
２　常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上。そのうち、少なくとも１名は当該診療科について５年以上の経験を有すること。）

常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
	時間	年
	時間	年

［記載上の注意］

１　「２」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 42

精巣内精子採取術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

標榜診療科	□　泌尿器科 □　産科　　□　婦人科　　□　産婦人科

２　泌尿器科を標榜する医療機関の場合

（１において泌尿器科に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

	氏名	週当たり 勤務時間	泌尿器科の 経験年数
医師の配置		____時間	_____年

生殖補助医療管理料に係る届出	□　有 □　無	
生殖補助医療管理料に係る届出を 行っている他の医療機関との連携	□　有 □　無	連係先の保険医療機関 名称　（　　） 所在地　（　　）

３　産科、婦人科又は産婦人科を標榜する医療機関の場合

（１において産科、婦人科又は産婦人科に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

	氏名	週当たり 勤務時間	経験 （いずれか該当するものに「✓」を記入すること。）
医師の配置		____時間	□　精巣内精子採取術について 過去2年に 10 例以上の経験を有する □　泌尿器科について5年以上の 経験を有する

生殖補助医療管理料に係る届出	□　有 □　無	
泌尿器科を標榜する 他の保険医療機関との連携	□　有 □　無	連係先の保険医療機関 名称　（　　） 所在地　（　　）

４　緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外･夜間救急体制	□ 有 □ 無	
他の保険医療機関との連携による 時間外･夜間救急体制の整備	□ 有 □ 無	連係先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

［記載上の注意］

１　医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「２」の生殖補助医療管理料に係る届出について、「無」にチェックがついた場合は、「２」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

３　「３」の泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携について、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「４」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「４」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

様式 87 の 42 の2

精巣内精子採取術に係る報告書

１　配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

１－１ 配置人員	泌尿器科専門医 　うち、生殖医療専門医 産婦人科専門医 　うち、生殖医療専門医 看護師 コーディネーター カウンセラー	（　　）名 （　　）名 （　　）名 （　　）名 （　　）名 （　　）名 （　　）名

１－２ 治療内容	治療の種類	年間実施件数（　　年）
	精巣内精子採取術 顕微鏡下精巣内精子採取術	（　　）件 （　　）件

１－３ 実施事項	医療安全管理体制が確保されている		
	①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	□　該当する □　該当しない
	②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	□　該当する □　該当しない
	③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に実施している	□　該当する □　該当しない
	④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	□　該当する □　該当しない
	⑤	自医療機関において保存されている精子の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	□　該当する □　該当しない
	倫理委員会を設置している ※　委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる		□　該当する □　該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している		□　該当する □　該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を 20 年以上としている		□　該当する □　該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している		□　該当する □　該当しない

２　来院患者情報について（任意記載）

２－１　来院患者情報
○　前年に精巣内精子採取術を行った患者数（実数） 20 歳未満：（　　）名 20 歳以上 30 歳未満：（　　）名 30 歳以上 40 歳未満：（　　）名 40 歳以上 50 歳未満：（　　）名 50 歳以上：（　　）名

[記載上の注意]

１　各項目について、報告年の４月１日時点の状況について記載すること。

２　「１－１」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の１週間の勤務時間が、32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第 25 条第１項）

３　「１－１」の配置人員について、コーディネーターおよびカウンセラーについては、泌尿器科専門医・産婦人科専門医・看護師が兼務する場合には、コーディネーターおよびカウンセラーには含めないこと。

４　「１－２」の治療内容及び「２－２」の来院患者情報については、報告の前年１年間（前年の１月から 12 月まで）の実績を記載すること。

様式 87 の 43

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）			
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
３　産科又は産婦人科の常勤医師の氏名等（２名以上）			
診療科	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数（少なくとも１名は５年以上）
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年
４　麻酔科標榜医の氏名			
５　当該保険医療機関における腹腔鏡手術の年間実施症例数（20 例以上）			
例			

［記載上の注意］

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

２　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「３」について、麻酔科標榜許可証の写しを添付すること。

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

様式 87 の 44

体外式膜型人工肺管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出に関する事項

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

A300救命救急入院料に係る届出	□ 有 □ 無
A301特定集中治療室管理料に係る届出	□ 有 □ 無
A301－4小児特定集中治療室管理料に係る届出	□ 有 □ 無

２　人員の配置に関する事項

当該保険医療機関内における専任の臨床工学技士の常時配置	□ 有 □ 無	専任の臨床工学技士数 ＿＿＿名

［記載上の注意］

　臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 87 の 45

周術期栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

	氏　　名	栄養サポートチームでの経験年数
専任の常勤管理栄養士		年
		年
		年

［記載上の注意］

　届出に当たっては、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有する専任の管理栄養士であること。

様式 87 の 46

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準に係る届出書添付書類

１　関係学会による教育研修施設としての認定　（　有　・　無　） 学会名： 認定年月日：			
２　頭頸部外科について５年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の医師の氏名等（１名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	頭頸部外科の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
３　常勤の麻酔科標榜医の氏名			
４　緊急手術が可能な体制　（　有　・　無　）			
５　保守管理の計画　（　有　・　無　）			

［記載上の注意］

１　「１」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。

２　「２」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

　また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

３　「３」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　「５」について、当該療法に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 47

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法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　内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び３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	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年

４　泌尿器科について専門の知識及び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	勤務時間	当該診療科の経験年数
	時間	年
	時間	年

５　放射線科について専門の経験及び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	勤務時間	当該診療科の経験年数
	時間	年
	時間	年

６　副腎静脈サンプリングの年間実施症例数　　例

７　副腎手術の年間実施症例数　　例

原発性アルドステロン症に対する副腎手術の年間実施症例数　　例

８　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

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

２　「３」から「５」までの常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に副腎静脈サンプリングが 10 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「７」は、新規届出の場合には実績期間内に副腎手術が５例以上又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が３例以上、再度の届出の場合には実績期間内に副腎手術が 10 例以上又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が５例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 48

（腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
2　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科
3　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の手術を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	ア　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数	イ　腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数
		例	例
	時間	アとイの合計	例

4　常勤の医師の氏名等（泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する者２名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年

5　麻酔科標榜医の氏名	

６　当該保険医療機関における副腎腫瘍に係る手術の実施症例数	
①副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）	例
②腹腔鏡下副腎摘出術	例
③腹腔鏡下小切開副腎摘出術	例
④副腎腫瘍摘出術	例
⑤腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	例
①～⑤の合計（10例以上）	例
７　常勤の臨床工学技士の氏名	
８　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

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

２　「３」及び「６」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 49

耳管用補綴材挿入術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

2　耳鼻咽喉科について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	勤務時間	耳鼻咽喉科の経験年数	鼓膜形成術又は鼓室形成術の経験症例数	関係学会より認定された年月日
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	

3　関係学会より実施施設として認定された年月日　　年　　月　　日

［記載上の注意］

1　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

様式 87 の 50

角結膜悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科		
２　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
３　当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等（３名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科
４　病理部門の病理医氏名		

［記載上の注意］

当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 51

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="5">１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科
科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術を術者として50例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等（１名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>診療科</td><td>当該手術の術者としての経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="5">３　当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術（肺悪性腫瘍手術又は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術）の年間実施症例数（50例以上）
例
そのうち、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術の年間実施症例数（20例以上）
例</td></tr>
<tr><td rowspan="4">４　呼吸器外科の常勤医師の氏名等（５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上）</td><td>常勤医師の氏名</td><td>勤務時間</td><td>診療科名</td><td>当該診療科の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>時間</td><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="5">５　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

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

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 88

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">保険薬剤師</td><td>常　勤　　名</td><td>非常勤　　名</td></tr>
<tr><td colspan="4">１　無菌処理施設・設備</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">１無菌室
２クリーンベンチ
３安全キャビネット　　（番号に〇をつけること）</td></tr>
<tr><td></td><td>形　式　・　規　格</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>空気清浄度、集塵効率等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>台　数　等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">無菌製剤処理用器具・備品等の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="4">２　無菌調剤室提供薬局の名称・所在地</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の平面図（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。

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

様式 89

（在宅患者調剤加算
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
在宅中心静脈栄養法加算）の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う加算（該当するものに○を付す）

（　　）在宅患者調剤加算
（　　）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
（　　）在宅中心静脈栄養法加算

1　在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出　　□あり
2　開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況　　□あり
3　在宅業務実施体制に係る周知の状況 （周知方法）（対応方法に☑をすること。） □　薬局機能情報提供制度を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会を通じて周知している。 □　その他（具体的に記入　　）
4　在宅業務に必要な体制の整備状況 在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画　　□あり 外部の学術研修の受講　□あり
5　医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況　　□あり
6　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間：　　年　　月　　～　　年　　月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数：　　回　（実施患者数：　　） （在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数：　　回　（実施患者数：　　） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数：　　回　（実施患者数：　　））
7　麻薬小売業者免許証の番号
8　高度管理医療機器等の販売業の許可等 □　高度管理医療機器の販売業の許可を受けている（許可番号：　　） 【在宅中心静脈栄養法加算の場合で、上記に該当しない場合のみ】 □　管理医療機器の販売業の届出を行っている（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令第49条により届出を行ったものとみなされる場合を含む。）

［記載上の注意］

１　「２」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携する場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。

２　「３」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。

３　「４」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。

４　「６」の算定回数については、届出時の直近１年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。

５　在宅患者調剤加算の届出を行うに場合にあっては「１」～「７」までを、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行うに場合にあっては「７」及び「８」を、在宅中心静脈栄養法加算の届出を行うに場合にあって「８」を記載すること。

様式 90

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

かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の氏名等（□には、「✓」又は「×」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する保険薬剤師の氏名	保険薬局勤務経験	短時間勤務	週当たりの勤務時間及び日数	当該薬局での在籍期間	研修	地域活動
1		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
2		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
3		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
4		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□
5		年	□該当 □非該当	時間/週 日/週	年　月	□	□

［記載上の注意］

1　「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が１年以上ある場合は、１年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。

2　「短時間勤務」については、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「✓」又は「×」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。

3　「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の１週間当たりの平均勤務時間及び１週間当たりの平均勤務日数を記載すること。

4　「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。

5　「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。

6　「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去１年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

様式 92

特定薬剤管理指導加算２に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="5">１　業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を５年以上有する保険薬剤師の氏名等</td><td>保険薬剤師の氏名</td><td>勤務経験</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="3">２　患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法
（配慮方法）（具体的に記入　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">３　麻薬小売業者免許証の番号</td></tr>
<tr><td rowspan="4">４　保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況（直近１年）</td><td>実施保険医療機関名</td><td>出席回数</td></tr>
<tr><td></td><td>回</td></tr>
<tr><td></td><td>回</td></tr>
<tr><td></td><td>回</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」については、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が１年以上ある場合、１年を上限として薬局の勤務経験の期間に含めることができる。

２　「４」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は１回と数えること。

別添２の２

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

□　糖尿病合併症管理料　（※糖管第　　号）

□　がん性疼痛緩和指導管理料　（※がん疼第　　号）

□　乳腺炎重症化予防ケア・指導料　（※乳腺ケア第　　号）

□　ハイリスク妊産婦連携指導料（１・２）　（※ハイ妊連（１・２）第　　号）

□　遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）　（※遠隔持陽第　　号）

□　精神科在宅患者支援管理料３　（※精在宅援第　　号）

□　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）　（※腹リ傍大第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。