

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2,5
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の11
4の12	生殖補助医療管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の12	生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39

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））
6の8の4	連携充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
6の8の4	がん薬物療法体制充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の3
6の9	外来データ提出加算（生活習慣病管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 8
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の8
11の9	プログラム医療機器等指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の4
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 14
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の1の2	在宅療養支援歯科病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の4の2	介護保険施設等連携往診加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18の3
14の5	在宅医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の6
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 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
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 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19の2
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
15の4	在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の3

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	専門管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の2	訪問看護医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の5
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注15に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の2	遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	染色体検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の1の2, 52
18の1の4	骨髓微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の5	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
18の2の4	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24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））
23	人工臓臓検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 24の4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52
29の3の1の2	経頸静脈的肝生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3の2, 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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の4, 52
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の4の3	口腔細菌定量検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37の2, 52
35の3	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38

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））
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の6
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の1の2	依存症集団療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の7
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 46

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））
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 46
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 47
55の2	精神科在宅患者支援管理料 1 又は 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添 2 の 2
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の6, 52
57	イタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	人工腎臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3の4
57の2の4の2	ストーマ合併症加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の10
57の2の5	人工臓器療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 49の6, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
57の5	う蝕菌無痛の窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の5の2	歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2の2
57の5の3	歯科技工士連携加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2の2
57の5の4	光学印象	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の6	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の6
57の8の3	自家脂肪注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の25
57の9の3の2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の53
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。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52
57の10の1の2	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の54

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11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52
58の1の2	緊急穿頭血腫除去術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の55
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の26
58の5	脳血栓回収療法連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の56
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2の2
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8
60の6の3	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5
60の8	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55
61の2	耳管用補綴材挿入術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3

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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の46
61の4の6の2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の46の2
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算1又は乳癌センチネルリンパ節生検加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
第61の6の1の2	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の57
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の8
61の7の1の2	気管支バルブ留置術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の58
61の7の1の3	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の17
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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の51
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
62の2の1の2	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の59
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の11
63の3	経カテーテル弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の2, 59の2の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3
63の5の1の2	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の60
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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3の2, 87の32
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24, 52

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））
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除去術	□	□ 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	大動脈バルーンポンピング法（I A B P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1の2	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の61
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	□	□ 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	体外衝撃波胆石破碎術	□	□ 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	体外衝撃波砕石破碎術	□	□ 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
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

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4	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下臍中央切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術（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	同種死体臍移植術、同種死体臍腎移植術	□	□ 年 月	□	57
76の2	同種死体臍島移植術	□	□ 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（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）及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（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2の2	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の62
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10の2	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	□	□ 年 月	□	52, 87の63
77の10の2の2	尿道狭窄グラフト再建術	□	□ 年 月	□	69の4
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の2	精巣温存手術	□	□ 年 月	□	87の64
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	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□ 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2の1の2	女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 87の65
78の2の2の2	腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の66
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	□	□ 年 月	□	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定手術（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	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の19

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2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の5
78の3の3	腹腔鏡下子宮癒痕部修復術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, 43の4, 43の5
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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の45
79の6	再製造単回使用医療機器使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の52
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	コーディネート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81及び81の2	周術期薬剤管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の3
81の3	歯科麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の2
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76の2
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	一回線量増加加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 78

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））
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の2	調剤基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の3	調剤基本料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の4	特別調剤基本料 A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
91	調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2
92の2	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	在宅薬学総合体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の5
95の2	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の6
96	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
98	特定薬剤管理指導加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
104	看護職員処遇改善評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	93
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95

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））
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
107	入院ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	97

※様式2、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、68の2、72、73の4、74の2、86、87の3の3、87の40、87の41、91は欠番。

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：														
<p>(届出事項)</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 糖尿病合併症管理料</td><td>(※糖管第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> がん性疼痛緩和指導管理料</td><td>(※がん疼第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 乳腺炎重症化予防ケア・指導料</td><td>(※乳腺ケア第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ハイリスク妊産婦連携指導料 (1・2)</td><td>(※ハイ妊連 (1・2) 第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 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)</td><td>(※遠隔持陽第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 精神科在宅患者支援管理料 3</td><td>(※精在宅援第 号)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)</td><td>(※腹り傍大第 号)</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症管理料	(※糖管第 号)	<input type="checkbox"/> がん性疼痛緩和指導管理料	(※がん疼第 号)	<input type="checkbox"/> 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(※乳腺ケア第 号)	<input type="checkbox"/> ハイリスク妊産婦連携指導料 (1・2)	(※ハイ妊連 (1・2) 第 号)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 精神科在宅患者支援管理料 3	(※精在宅援第 号)	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)	(※腹り傍大第 号)
<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症管理料	(※糖管第 号)															
<input type="checkbox"/> がん性疼痛緩和指導管理料	(※がん疼第 号)															
<input type="checkbox"/> 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(※乳腺ケア第 号)															
<input type="checkbox"/> ハイリスク妊産婦連携指導料 (1・2)	(※ハイ妊連 (1・2) 第 号)															
<input type="checkbox"/> 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)															
<input type="checkbox"/> 精神科在宅患者支援管理料 3	(※精在宅援第 号)															
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)	(※腹り傍大第 号)															
<p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>																
<p>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。</p>																
<p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p>開設者名</p> <p>殿</p>																
<p>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。</p>																

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	<input type="checkbox"/>
注 3	<input type="checkbox"/>

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]

- 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。
- 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

専任の常勤 管理栄養士	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
		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

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	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 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○で囲んだ上で、該当事項を記載する。	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： _____			

[記載上の注意]

- 「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」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○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
腎代替療法を導入するに当たって、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症に対して選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っている			有 ・ 無

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]

- 「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。
- 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。
- 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。
- 「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」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。
- 「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	
(1) 患者に提供する計測器等	
(2) 具備する器械・器具（○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	
(3) 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	
(1) 名称等	
ア 連携保険医療機関の名称	
イ 開設者名	
ウ 所在地	
(2) 具備する器械・器具（○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	
(3) 緊急時の入院体制	

[記載上の注意]

- 「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。
- 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。

様式 4

[] に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様			勤務時間	備考
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 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

がん性疼痛緩和指導管理料の注 2
難治性がん性疼痛緩和指導管理加算に係る届出書添付書類

1. がん性疼痛緩和指導管理料の届出					有 ・ 無
2. 高エネルギー放射線治療の届出					有 ・ 無
3. 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）の年間実施件数					例/年
番号	実施年月日	神経ブロック部位名	性別	年齢	主病名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

[記載上の注意]

- ※ 「3」については、当該神経ブロック実施症例一覧（実施年月日、神経ブロック部位名、患者の性別、年齢、主病名）を記載すること。ただし、「神経ブロック部位名」欄には、診療報酬上の区分名（下垂体ブロック等）を記載すること。

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	
3 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること	<input type="checkbox"/> 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口

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
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遺伝子検査の実施設としての届出	有 ・ 無
--------------------------	-------

様式5の4

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区分	氏名	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				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
イ 精神症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	/	<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア

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」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。
- 「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」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。
- 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。
- 「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。

- 6 「1」のア及びイの医師が、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兼任する場合は、兼務欄の□緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。7 「1」のアからエの構成員が、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□緩和ケア診療に、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□小児緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 8 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。
- 9 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	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
2 専任の常勤看護師			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
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○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。

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導 の経験を有する 看護師(又は保健 師)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導 の経験を有する 管理栄養士		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

[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 8 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 7 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 7 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 7 月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1c が改善又は維持が認められた者の割合

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

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

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

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

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

[記載上の注意]

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

様式5の8

糖尿病透析予防指導管理料 高度腎機能障害患者指導加算に係る
届出書添付書類

報告年月日： 年 月 日

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

[記載上の注意]

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/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→前3月では (33.6-28.6) / 3月=1.67/月、

後3月では (28.6-25.6) / 3月=1.00/月

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

該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

算出年月日	2月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、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

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	<input type="checkbox"/>

- 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

<p>以下のうち、該当するものに✓すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>
--

[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）を記載すること。
- 「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	<input type="checkbox"/>
生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 登録あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 指定あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	_____年	_____年	_____年
	_____時間	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 無
配偶子・胚の管理を行う者			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 無
配偶子・胚の管理を行う者			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 酸素供給装置 <input type="checkbox"/> 吸引装置 <input type="checkbox"/> 心電計 <input type="checkbox"/> 呼吸循環監視装置 <input type="checkbox"/> 救急蘇生セット	<input type="checkbox"/> 準備室を附設している <input type="checkbox"/> 清潔な手洗いの設備を附設している <input type="checkbox"/> 清浄度クラスⅡ以上である
② 培養を行う専用の室	<input type="checkbox"/> 施錠可能である	
③ 凍結保存を行う専用の室	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ①②③全て独立している <input type="checkbox"/> ①②が兼用である <input type="checkbox"/> ①③が兼用である <input type="checkbox"/> ②③が兼用である <input type="checkbox"/> 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/m ³ 以下
II	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m ³ 以下
III	準清潔区域	ICU、NICU、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m ³
IV	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m ³ 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/m ³ 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
医療事故等の院内報告制度の整備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
安全管理の責任者	氏名 ()	職種 ()
委員会の開催	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	開催頻度 ()
安全管理の体制確保のための職員研修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連携先の保険医療機関 名称 () 所在地 ()

11 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業への協力

国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
----------------------------------	---

12 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。

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名：
報告年月日： 年 月 日

1 実施事項について

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

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。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
医療安全管理体制について	
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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

[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。

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○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)	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、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。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料 <hr/> <input type="checkbox"/> 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、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料	
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 <input type="checkbox"/>	(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 <input type="checkbox"/> ・なし <input type="checkbox"/>	(開催した日付)

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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。

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	<input type="checkbox"/>
	時間		年	<input type="checkbox"/>

[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○で囲むこと

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

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

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

(氏名を記入)

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

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

[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○をつけること。)

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

[記載上の注意]

- 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。
- 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。

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	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
□	□		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
□	□		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
□	□		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
□	□		年	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

3 院内トリアージの実施基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

院内トリアージの実施基準の作成	□
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。

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	■下記の全てを院内掲示及びホームページ等に掲載している	-
	健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨	□
	介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨	□
	患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨	□
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）	□
「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること	□	

⑦	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>
⑦-2	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援病院であること	<input type="checkbox"/>
⑧	■下記のいずれかを満たすこと	-
	サービス担当者会議に参加した実績があること	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に出席した実績があること	<input type="checkbox"/>
	保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいは ICT 等を用いた相談の機会を設けていること	<input type="checkbox"/>
⑨	適切な意思決定支援に関する指針を定めていること	<input type="checkbox"/>

地域包括診療料 1 に係る施設基準

⑩	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
⑩-2	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	<input type="checkbox"/>
	小児かかりつけ診療料 2	<input type="checkbox"/>
2 標榜	小児科を標榜する保険医療機関である。	<input type="checkbox"/>
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 3 の届出を行っている。	<input type="checkbox"/>
	(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 2 または 4 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つては、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。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
	イ 定期予防接種を実施している。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>

[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。

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 1	担 当 者 2
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）

<input type="checkbox"/> 外来データ提出加算
<input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算
<input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算

〔記載上の注意〕

- ※1 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6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6年6月及び7月のデータとなるため、本欄には令和6年6月1日と記載する。）。
- ※2 担当者については原則2名記載すること。なお、担当者が1名のみの場合はこの限りではない。
- ※3 「外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者」のE-mailは、厚生労働省保険局医療課及び調査事務局からの電子メールを担当者が常時確認できるものを記載すること。

〔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6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8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

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。）

<input type="checkbox"/> 「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。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 外来データ提出加算
<input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算
<input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算

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 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○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○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。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年 8 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7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
①のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑨	名
②のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑩	名
③のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑪	名

・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
--	---

様式8の2

[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
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 研修を修了している場合は、研修終了欄の口に✓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。

プログラム医療機器等指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出の区分（該当するもの全てに○を記載すること。）

- () ニコチン依存症治療補助アプリを使用する場合の届出
 () 高血圧治療補助アプリを用いる場合の届出

2. 施設基準に係る事項

ニコチン依存症治療補助アプリを使用する場合	
ニコチン依存症管理料の注 1 に規定する基準を満たしている	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) □

高血圧治療補助アプリを用いる場合	
区分番号「A001」に掲げる再診料の「注 12」の「イ」地域包括診療加算 1 若しくは「ロ」地域包括診療加算 2、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関である	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) □
地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関である	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) □

[記載上の注意]

- 1 ニコチン依存症管理料の注 1 に規定する基準は、当該保険医療機関における過去 1 年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が 2 回以上であることを指すこと。

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

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

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

- (1) 地域医療支援病院 (2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前30日間)

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

(%) = (名) ÷ [(床) × 30日間]

4 病院の概要

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

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)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。

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一二次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前30日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

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

- (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○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○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 <input type="checkbox"/> 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年間の在宅の在宅における看取りの実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		回
(2)の期間における重症児の診療実績		件
(3) 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、患者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。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院			
(2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院			
(3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院			
2 当該病院の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		() 床	
②		() 床	
③		() 床	
④		() 床	
⑤		() 床	
⑥		() 床	
⑦		() 床	
⑧		() 床	
4 当該病院の許可病床数 _____ 床			
5 当該病院における地域包括ケア病棟入院料の届出有無			
<input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院料 1 <input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院料 3 <input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 <input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院医療管理料 3 <input type="checkbox"/> : 上記以外の地域包括ケア病棟入院料・管理料 <input type="checkbox"/> : 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:			

<p>8 24時間訪問看護が可能な体制 ((2)がある場合には名称等を記入すること。)</p>	
<p>(1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:</p>	
<p>9 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に○をつけること。 (1) 「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。 (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。</p>	
<p>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</p>	
<p>(1) 届出の有無</p>	
<p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無) ② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無) ③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)</p>	
<p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()</p>	
<p>(3) 緩和ケア病棟又は在宅での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</p>	
<p>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)</p>	
<p>(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()</p>	
<p>(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)</p>	名
<p>(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。)</p>	名
<p>11 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること <input type="checkbox"/> 該当</p>	
<p>12 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること <input type="checkbox"/> 該当 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士 氏名()</p>	

[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、患者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。

〔 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・8月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

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

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

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

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

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

V. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
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	<input type="checkbox"/> 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]

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

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・8月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

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

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

III. 在宅支援連携体制について

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

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・8月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

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

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

[記載上の注意]

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

在宅患者訪問診療料（I）の注 13（在宅患者訪問診療料（II）の注 6 の規定により準用する場合を含む）及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療DX情報活用加算の施設基準に係る届出書添付書類

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

施設基準		
1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	□
2	健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	□
3	居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制が整備されている	□
4	「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている	□
5	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	令和（ ） 年（ ） 月
6	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	□
7	医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している	□
8	医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	□

〔記載上の注意〕

「4」については、令和 7 年 3 月 31 日までの間に限り、「6」については、令和 7 年 9 月 30 日までの間に限り、「8」については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。

「8」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

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。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

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

[記載上の注意]

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

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○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の場合は、「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の場合は、「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。

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

〇〇〇治療に関する連携計画書

様	計画策定病院(A):	担当医師:	連絡先:
	連携医療機関(B):	担当医師:	連絡先:

術後又は退院後の期間 受診予定日(又は月)	退院時 △月△日	術後1ヶ月 〇月〇日	術後1年		術後3年	
		
医療機関	A	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					
	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、当該診療日に印を付けるとともに、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、各疾患又は治療ごとに作成した連携計画を全て添付すること。

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

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

<ul style="list-style-type: none"> ・ 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： ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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： ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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： ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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： ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

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

<p>1. 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p>
<p>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）</p> <p>（氏名）<hr/></p> <p>（氏名）<hr/></p> <p>（氏名）<hr/></p>
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 文書で情報提供を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 電話で情報提供を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子メールで情報提供を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。）。</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に：）</p>

慢性腎臓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「✓」を記入すること)

区 分	氏 名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 慢性腎臓病 指導の経験を有 する医師		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 慢性腎臓病 指導の経験を有 する看護師(又は 保健師)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 慢性腎臓病 指導の経験を有 する管理栄養士		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 研修については、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を受講の有無について記載すること。(透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。)
- 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。

慢性腎臓病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 8 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 7 月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の 7 月末日までに血圧が改善又は維持された者	③ 名

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{②}}{\text{①}} \quad \boxed{\text{④}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{③}}{\text{①}} \quad \boxed{\text{⑤}} \quad \%$$

[記載上の注意]

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

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。

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

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

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

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

[記載上の注意]

表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャンネル・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 チャンネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

医療機器安全管理料 1
 医療機器安全管理料 2
 医療機器安全管理料（歯科）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

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

[記載上の注意]

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

様式 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○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)

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○をつけること。）

<input type="checkbox"/>	歯科治療時医療管理料
<input type="checkbox"/>	在宅患者歯科治療時医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

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

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

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）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（病院である保険医療機関を記載すること。）

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		
救急蘇生セット		

様式 17 の 2

口腔管理体制強化加算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（届出前 1 年間）

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 根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数	回

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、フッ化物歯面塗布処置及び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を合計して差し支えない。

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 口腔機能管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、歯科衛生実地指導の口腔機能管理加算、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション 3 の算定回数	回
--	---

4 歯科訪問診療料の注 15 に規定する届出の状況

届出年月日（ 年 月 日）

5 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又は②のいずれかについて記載すること。

①	歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 の算定回数	回
	歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数	回
	合 計	回

※ ①について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 の算定回数を合計して差し支えなく、歯科訪問診療 3 を含まないこと。

② 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称	
---------------------------------------	--

6 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 診療情報等連携共有料 1 又は 2 の算定回数	回
合 計	回

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、診療情報連携共有料の算定回数を合計して差し支えない。

7 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	

※1 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。

※2 歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

8 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	

9 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	

10 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※ 当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

11 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 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(算定回数) 回
③ 初診料の注6、再診料の注4、歯科訪問診療料の注8の 歯科診療特別対応加算1、2又は3	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1若しくは2、小児在宅歯科医療連携加算1若しくは2、在宅歯科医療情報連携加算、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等又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席	(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) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
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 自治体を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 ①~⑫については、7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 ②について、令和6年5月31日以前の算定については、栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定回数を合計して差し支えない。

※5 ③について、令和6年5月31日以前の算定については、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定回数を合計して差し支えない。

※6 ⑦、⑧について、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）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

12 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		

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・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の年1回以上の出席	(会議等の名称)
病院・診療所・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。

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	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
在宅歯科医療連携加算 1	回
在宅歯科医療連携加算 2	回
在宅歯科医療情報連携加算	回
小児在宅歯科医療連携加算 1	回
小児在宅歯科医療連携加算 2	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

※ 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定回数について、令和6年5月31日以前の栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定回数を合計して差し支えない。

<p>8. ① 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) ※ 在宅療養支援歯科診療所1若しくは2の届出を行う場合に記載すること。</p>	
(1) 医療機関の名称	
(2) 所在地	
(3) 連絡先	
<p>② 後方支援の機能の有無 (該当する場合に「✓」を記入) ※ 在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合に記載すること。</p>	
在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している。	<input type="checkbox"/>

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

<p>9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">保険医療機関名</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1)</td><td></td></tr> <tr><td>2)</td><td></td></tr> <tr><td>3)</td><td></td></tr> <tr><td>4)</td><td></td></tr> <tr><td>5)</td><td></td></tr> </tbody> </table>		保険医療機関名	備考	1)		2)		3)		4)		5)				
保険医療機関名	備考															
1)																
2)																
3)																
4)																
5)																
<p>10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">歯科訪問診療1</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>歯科訪問診療2</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>歯科訪問診療3</td> <td style="text-align: center;">③</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>歯科訪問診療4</td> <td style="text-align: center;">④</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>歯科訪問診療5</td> <td style="text-align: center;">⑤</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </tbody> </table> <p>歯科訪問診療1の算定割合: $\text{①} / (\text{①} + \text{②} + \text{③} + \text{④} + \text{⑤}) = \underline{\hspace{2cm}}$</p> <p>※1 ①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。 ※2 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「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。 ※3 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「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。 ※4 歯科訪問診療3について、令和6年5月31日以前の歯科訪問診療3の算定実績は歯科訪問診療4として合計すること。</p>		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4	④	人	歯科訪問診療5	⑤	人
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4	④	人														
歯科訪問診療5	⑤	人														

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

※1 回数は延べ算定回数を記載すること。

※2 ③、④が 20 回以上であること。

※3 ⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※4 ⑧が 40 回以上であること。

在宅療養支援歯科診療所1若しくは2又は在宅療養支援歯科病院
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、3、4若しくは5又は歯科訪問診療料の注 15 「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注 19「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
歯科訪問診療4	④	人
歯科訪問診療5	⑤	人

※①～⑤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+④+⑤) = _____

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「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 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「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。

介護保険施設等連携往診加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 平時からの連携体制を構築している介護保険施設等

介護保険施設等の名称	ICTを用いた 情報共有の有	情報共有に使用する サービスの名称（主なもの）	カンファレンスを行った日（最新のもの）
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日
	（有・無）		年 月 日

2 当該医療機関における24時間直接連絡を受ける体制（該当するものについて、□に「✓」を記入し、担当者名、連絡先を記載すること。）

(1) 担当者を固定している場合
 (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 緊急時の入院受入体制（該当するものについて、□に「✓」を記入すること。）

(1) 当該医療機関において、介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること。
 (2) 介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。また、当該介護保険施設と、入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
 (3) 介護保険施設の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

往診担当医の氏名 (主として対応する者)	①
	②
	③

【記載上の注意】

- 1 平時からの連携体制を構築している介護保険施設等について、当該医療機関が協力医療機関として定められている介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称等を記載すること。
- 2 24時間の直接連絡を受ける体制について、連携介護保険施設等に交付する文書を添付すること。
- 3 24時間往診が可能な体制について、連携介護保険施設等に交付する文書を添付すること。
- 4 介護保険施設等に協力病院として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力病院として定められている介護保険施設等の名称について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

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

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

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

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

[記載上の注意]

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

在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する別に厚生労働大臣が定める基準

1. 直近3月間の訪問診療の実施回数等について

(実績の期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

(1)届出対象医療機関	
訪問診療の実施回数	()回
(2)特別な関係の医療機関(令和6年3月31日以降に開設されたものに限る。) ※特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。	
1 訪問診療の実施回数	()回
2 医療機関数	()機関
3 特別な関係の医療機関の詳細	
合算した保険医療機関の名称	開設者
①	
②	
③	
④	
⑤	

※記載欄が足りない場合には適宜行を追加すること。

2.届出医療機関の実績等について

(1) 直近1年間に文書による患者の紹介を受けて訪問診療を開始した実績 (実績の期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
紹介元の保険医療機関の名称	紹介を行った医師	紹介を受けた日付
①		
②		
③		
④		
⑤		
※5件を超える場合は、直近の5件のみを記載すること。		
(2) 看取り等の実績		
1 直近1年間の看取りの実績	()件	
2 直近3か月の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅診療実績	()件	
(3) 直近3月間の診療実績等		
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 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)】		%
④ 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
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【④/(①+②)】		%

[記載上の留意事項]

- この届出は、在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する基準を満たさなかった月の翌月に届出を行うこと。
- 2の(2)の2は、3回以上の定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している件数を記載すること。
- 届出の提出後に基準を満たすことになった場合には、実績を記載の上、取り下げを行うこと。

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 1 の 3

救急患者連携搬送料に係る届出書添付書類

1 救急用の自動車等による搬送受入の実績	期間：（ ）年 1 月～12 月	
	上記期間における救急用の自動車等による搬送の受入件数： （ ）件	
2 他の保険医療機関等との連携状況	受け入れ先の候補となる 保険医療機関名	救急患者連携搬送料を算定する要件を満たし当該保険医療機関に対して搬送を行った患者数 期間：（ ）年 月～ 月
	（ ）	入院中の患者以外の患者：（ ）名 入院中の患者：（ ）名
	（ ）	入院中の患者以外の患者：（ ）名 入院中の患者：（ ）名
	（ ）	入院中の患者以外の患者：（ ）名 入院中の患者：（ ）名
	（ ）	入院中の患者以外の患者：（ ）名 入院中の患者：（ ）名
	（ ）	入院中の患者以外の患者：（ ）名 入院中の患者：（ ）名

〔記載上の注意〕

- 「1」については、届出を行う年度の前年 1 年間（2024 年度に届け出る場合は、2023 年 1 月～12 月の 1 年間）の救急用の自動車等による搬送の受入件数を記載すること。
- 「2」については、届出を行う年月の直近 1 年間における他の保険医療機関への搬送件数を記載すること（救急患者連携搬送料の算定要件を満たす場合は、届出を行う以前の件数を含むこと。）。
- 受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態の情報を含めた、候補となる保険医療機関のリスト及び当該他の保険医療機関及びメディカルコントロール協議会等との協議の記録を添付すること。

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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、患者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○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。）

<input type="checkbox"/> 当該保険医療機関のみで体制を確保 <input type="checkbox"/> 他の保険医療機関と連携 ・名称：() ・開設者：() ・連絡先：() <input type="checkbox"/> 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。）

<input type="checkbox"/> 400 床未満	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	オ 退院時共同指導料 1 又は 2	回
<input type="checkbox"/>	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]

- 「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」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○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。

在宅患者訪問看護・指導料の注 17（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）及び精神科訪問看護・指導料の注 17 に規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算の施設基準に係る

届出書添付書類

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

施設基準		
1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を実施している	<input type="checkbox"/>
2	健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
3	医療 D X 推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 「1」は療養の給付及び公費負担医療に関する費用をオンライン請求している場合に該当するものであること。
- 2 「2」は居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムによるオンライン資格確認を行う体制を有している場合に該当するものであること。
- 3 「3」のウェブサイトへの掲載について、令和 7 年 5 月 31 日までは、保険医療機関の見やすい場所に掲示されていれば、適合しているものとみなす。
- 4 「3」のウェブサイトへの掲載について、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

在宅患者訪問看護・指導料の注 18（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）に規定する遠隔死亡診断補助加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師の氏名

氏 名	氏 名

[記載上の注意]

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る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。

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○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。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・8月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

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

III. 直近1年間の受入状況について

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

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

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

V. 連携医療機関について

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

[記載上の注意]

- 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。

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	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

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

[記載上の注意]

- 「1」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」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				
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 				
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)				
				科
3 過去5年間の膠芽腫の治療の実施症例数				
				例
4 脳神経外科の常勤医師の氏名等				
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。

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」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

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	
	歯 科 医 師 名	
	調 整 担 当 者 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関

(2)	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	歯 科 医 師 名	
	調 整 担 当 者 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関

(3)	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	歯 科 医 師 名	
	調 整 担 当 者 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

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。

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	

歯科訪問診療料の注 15 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 $\frac{\text{①}}{\text{①}+\text{②}} = \text{_____} \dots (A)$

※ (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、3、4、5 又は歯科訪問診療料の注 15 「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」、注 19 「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数

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

在宅歯科医療推進加算の施設基準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
歯科訪問診療4	④	人
歯科訪問診療5	⑤	人

2. 月平均延べ患者数: $(①+②+③+④+⑤) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③+④+⑤)$

[記載上の注意]

① ～⑤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○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（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）
 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液））

の施設基準に係る届出書添付書類

<p>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○） （複数可）</p>	<p> <input type="checkbox"/> 救命救急入院料の「1」 <input type="checkbox"/> 救命救急入院料の「2」 <input type="checkbox"/> 救命救急入院料の「3」 <input type="checkbox"/> 救命救急入院料の「4」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「1」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「2」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「3」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「4」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「5」 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料の「6」 <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料の「1」 <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料の「2」 <input type="checkbox"/> 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 </p>			
<p>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</p>	<p>常勤医師の氏名</p>	<p>該当する 経験分野</p>	<p>勤務時間</p>	<p>当該分野の 経験年数</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症診療 ・ 臨床検査 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症診療 ・ 臨床検査 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症診療 ・ 臨床検査 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症診療 ・ 臨床検査 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症診療 ・ 臨床検査 	<p>時間</p>	<p>年</p>
<p>3 小児科、脳神経内 科、脳神経外科又は救 急医療の経験を5年 以上有する常勤の医 師の氏名等</p>	<p>常勤医師の氏名</p>	<p>該当する 経験分野</p>	<p>勤務時間</p>	<p>当該分野の 経験年数</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科 ・ 脳神経内科 ・ 脳神経外科 ・ 救急医療 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科 ・ 脳神経内科 ・ 脳神経外科 ・ 救急医療 	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科 ・ 脳神経内科 ・ 脳神経外科 ・ 救急医療 	<p>時間</p>	<p>年</p>

[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○印をつけること。
- 3 「3」については、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）の届出を行う場合に記載すること。該当する経験分野については、該当するものに○印をつけること。

遺伝学的検査の注 1
 遺伝学的検査の注 2
 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
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		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	
5 臨床遺伝学の診療に係る経験を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	臨床遺伝学の診療の経験年数	所定の研修の有無
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>

[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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。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。
- 4 「5」については、遺伝学的検査の注2の届出を行う場合に記載すること。医師の難病のゲノム医療に係る所定の研修の修了を証する文書の写しを添付すること。

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○をつけること。)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

骨髓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○印をつける） <ul style="list-style-type: none"> ▪ 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ▪ 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合 				
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。） <div style="text-align: right;">科</div>				
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
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
5 関係学会による認定の有無 <div style="text-align: right;">（有・無）</div>				
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 <div style="text-align: right;">（有・無）</div>				
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○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腓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
<p>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)</p> <p>当該届出を行っている連携保険医療機関名</p>			

[記載上の注意]

- 1 腫瘍細胞を検体とするものについて、卵巢癌患者に対して、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、卵巢癌患者に対して、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」、乳癌又は卵巢癌患者に対して、遺伝性乳癌卵巢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○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日から同年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。

がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書

報告年月日: 年 月 日

I. 直近1年間のC-CATへのデータ提出に係る実績について

1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	①+② ()件
(1) うち当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	① ()件
うちC-CATへのデータ提出について、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で提出できなかった件数	② ()件

II. 直近1年間のエキスパートパネル及び結果説明に係る実績について

2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数(同上)	③+④+⑤ ()件
(1) うち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実施件数	③+④ ()件
ア. うち当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した件数	③ ()件
イ. うち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で当該検査結果を患者に説明できなかった件数	④ ()件
(2) うちエキスパートパネルの実施について、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で実施できなかった件数	⑤ ()件

[記載上の注意]

実績期間は前年1月1日から同年12月31日までの期間とする。

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

<p>1 届出を行う区分について（該当する区分に○印をつける）</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ▪ 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合 			
<p>2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p>			科
<p>3 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等</p>	常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
		時間	年
		時間	年
<p>4 常勤の臨床検査技師の氏名</p>			
<p>5 当該検査に用いる機器の保守管理の計画の有無</p> <p style="text-align: right;">（有・無）</p>			
<p>6 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出</p> <p style="text-align: right;">（有・無）</p> <p>当該届出を行っている連携保険医療機関名</p>			
<p>7 当該検査を委託する施設</p>			
名称	住所	確認方法	

[記載上の注意]

- 1 「3」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

[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○で囲むこと。

1	届出種別
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） 	
2	標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (医師名) (勤務時間) (当該診療科の経験年数) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (常 勤) 時間 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 年 </div> (2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (常 勤) (勤務時間) 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 時間 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 年 </div> (3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (常 勤) (勤務時間) 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 時間 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 年 </div>
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (医師名) (当該診療科の経験年数) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (常 勤) 年 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> (非常勤) 年 </div>
5	ペースメーカー移植術又は交換術の年間実施例数 <div style="text-align: right;">例</div>

[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

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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。

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				
(概要) (有 ・ 無)				

[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○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
<input type="checkbox"/>		時間
<input type="checkbox"/>		時間
<input type="checkbox"/>		時間

[記載上の注意]

- 「2」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術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」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。
- 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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
3 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) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	
<連携保険医療機関において実施している場合>			
(名 称)	(名 称)	(名 称)	
(所在地)	(所在地)	(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、当該検査例一覧(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
(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 頭蓋内電極植込術に関する所定の研修の状況				
	氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
2の(1)に係る常勤医師				
2の(2)に係る常勤医師				
4 常勤の臨床工学技師の氏名	氏名		勤務時間	
5 保守管理の計画 (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 「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、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 「2」の常勤医師及び「4」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。
- 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。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 ・再度の届出（実績期間 ・機器増設による届出（実績期間 	年	月～	年	月)
			年	月～	年	月)
			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 = $(2)-(3) / (1)-(3) \times 100\%$

= %

[記載上の注意]

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

光トポグラフィ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	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
(2)	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(2)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。

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○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
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		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」の口に「✓」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。

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 学会名： 認定年月日：			（有 ・ 無）
6 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託			有 ・ 無

[記載上の注意]

- 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。

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

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	常勤医師の氏名	勤務時間	睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数	日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日
		時間	年	
		時間	年	
2 常勤臨床検査技師の氏名等	常勤臨床検査技師の氏名		勤務時間	
			時間	
			時間	
			時間	
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	終夜睡眠ポリグラフィー検査 _____ 件		反復睡眠潜時試験（MSLT） _____ 件	
	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)			

[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」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」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」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。

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。

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。

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
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		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]

- 「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」の口に「✓」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。
- 「3」については、「2」に記入した医師以外の医師であって、当該検査を実施する医師全てについて記入すること。

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 補聴器適合検査に関する所定の研修を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤医師の氏名 ※ 耳鼻咽喉科を担当する非常勤医師を組み合わせた場合を含む		
常勤換算	医師の氏名	勤務時間
<input type="checkbox"/>		時間
<input type="checkbox"/>		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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、医師の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。

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
<input type="checkbox"/>		時間
<input type="checkbox"/>		時間
<input type="checkbox"/>		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」の口に「✓」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。

{
 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		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 $\text{②} / \text{①} \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
氏 名	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 $\text{④} / (\text{④} + \text{⑤}) \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
9 眼科の病床を有している。 <div style="text-align: right;">（該当する・該当しない）</div>		

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の勤務時間について、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。

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
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		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」の口に「✓」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	
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する場合、「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。

経頸静脈的肝生検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 「D412-3」経頸静脈的肝生検、「K615」血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）、「K668-2」バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の手術等について、合わせて50例以上（ただし、経頸静脈的肝生検の検査を1例以上含むこと。）を術者として実施した経験を有する、放射線科又は消化器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等					
常勤医師の氏名	診療科	当該診療科の経験年数	経頸静脈的肝生検の経験症例数	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）の経験症例数	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の経験症例数
	<input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 消化器内科	年	例	例	例
	<input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 消化器内科	年	例	例	例
	<input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 消化器内科	年	例	例	例
3 診療放射線技師の氏名					
4 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要					

[記載上の注意]

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

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。

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
 画像診断管理加算 4

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	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	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項			
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数	
核医学診断	① 件	件	
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件	
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項			
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までにを行った件数		
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 = <input type="text"/> %			
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無	

6 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有 ・ 無		
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	<input type="checkbox"/>

[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」の口に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 2 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写し（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3の届出を行う場合にあっては、「7」は記載する必要はないこと。
- 7 画像診断管理加算2、3又は4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。
- 8 画像診断管理加算4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。
- 9 画像診断管理加算3又は4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。

〔 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○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。

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 4 ）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。） <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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。

ポジトロン断層撮影
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
 乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る
届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影 ・ 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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。） 			
2 届出区分 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・ 機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
3 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 時間	核医学診断の経験年数 年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	勤務時間 時間	診断撮影機器
4 「診療用PET薬剤製造施設認証」の有無			（有・無）
5 「PET撮像施設認証」の有無			（有・無）
6 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			= %
7 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○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 「2」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の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 「4」は、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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）の届出を行う場合（放射性医薬品合成設備を用いる場合に限る。）に記載すること。認証されていることが確認できる資料を添付すること。
- 4 「5」は、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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）の届出を行う場合に記載すること。認証されていることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「6」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、「7」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

CT 撮影及びMRI 撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>今回の届出について (いずれかに○印をつける)</p>	<p>新規届出 ・ 機器の追加 ・ 機器の取下</p>
<p>1 届出を行う項目について (該当するものに○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 64列以上のマルチスライスCT ・ 16列以上64列未満のマルチスライスCT ・ 4列以上16列未満のマルチスライスCT ・ MRI (3テスラ以上) ・ MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満) <p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(テスラ数等)</p>	
<p>3 保守管理計画の有無</p>	<p>有 ・ 無</p>
<p>4 安全管理責任者の氏名</p>	
<p>5 画像診断管理加算2、3又は4の届出の有無</p>	<p>有 ・ 無</p>
<p>6 専従の診療放射線技師の氏名</p>	

7 施設共同利用率に係る事項

・64列以上のマルチスライスCT

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

・MRI（3テスラ以上）

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

[記載上の注意]

- 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。
- 「1」及び「2」については、機器ごとに記入すること。
- 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。
- 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。
- 「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。

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○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 ○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
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
6 「K546」から「K550」までに掲げる手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いて冠動脈血流予備能測定検査又は血流予備量比コンピューター断層撮影等により機能的虚血の有無を確認した症例数			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 画像診断管理に係る施設基準への該当性の有無	
画像診断管理加算1の届出	有 ・ 無
当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われている。	該当 ・ 非該当 ※画像診断管理加算2～4の届出を行っている場合は、記載不要
画像診断管理加算2の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算3の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算4の届出	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「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。)を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 「6」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。
- 「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。
- 「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。

- 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○で囲むこと。

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マルチスライス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) 			
<p>2 ○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。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(列数又はテスラ数)</p>			
<p>3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師</p>			
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
<p>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</p>			
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 循環器疾患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	循環器疾患を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
8 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		
画像診断管理加算 4	有 ・ 無		
9 救命救急入院料の届出の有無	有 ・ 無		
10 関係学会より認定された年月日	平成	年	月 日
11 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		
12 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。

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 「7」については、画像診断管理加算2、3又は4の届出を行っていない場合であって、冠動脈CT撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 7 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。
- 8 「8」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。
- 9 「9」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。
- 10 「10」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。
- 11 「11」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。

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	経験年数

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。

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）を添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

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	

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	

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。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 90%以上)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 85%以上90%未満)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 3 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 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及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合				
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 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 ②				
後発医薬品の規格単 位数 ③				
カットオフ値の割合 ④ (②/①) (%)				
後発医薬品の割合 ⑤ (③/②) (%)				

4. 医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制の有無（どちらかに○）

	有		無
--	---	--	---

[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。
- 4 4. の「医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制」とは、医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制のことをいう。

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。

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。

外来腫瘍化学療法診療料 1
 外来腫瘍化学療法診療料 2
 外来腫瘍化学療法診療料 3
 外来化学療法加算 1
 外来化学療法加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。□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	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 2	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 3	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>
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経験の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	(不可の場合、連携保険医療機関名)
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
8 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

を評価し、承認する委員会を開催		
9 がん性疼痛緩和指導管理料に係る届出（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）	外来腫瘍化学療法診療料3届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
11 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）	外来腫瘍化学療法診療料1届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
12 時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

[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。外来腫瘍化学療法診療料1に掲げる届出の場合については、当該医師は次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- 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。

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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
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 39 の 3

がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

がん薬物療法体制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	患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えている	□
③	薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されている	□
④	化学療法の専任の常勤 薬剤師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 ③に掲げる事項について、その体制の概要を添付すること。
- 2 ④に記載する薬剤師は、5年以上の化学療法に係る業務の経験を有する者であること。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。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、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。

心大血管疾患リハビリテーション(I)
心大血管疾患リハビリテーション(II)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

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

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていれよ。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(I)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。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 「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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。

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)																		
	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)																		
			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)																		
			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)																		
			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																									
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訓練マット</td> <td><input type="checkbox"/> 傾斜台</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治療台</td> <td><input type="checkbox"/> 各種装具(長・短下肢装具等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘</td> <td><input type="checkbox"/> 家事用設備</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 各種歩行補助具</td> <td><input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 各種測定用器具(角度計、握力計等)</td> <td><input type="checkbox"/> 聴力検査機器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血圧計</td> <td><input type="checkbox"/> 音声録音装置</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 平行棒</td> <td><input type="checkbox"/> ビデオ録画システム</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 各種車椅子</td> <td><input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 訓練マット	<input type="checkbox"/> 傾斜台	<input type="checkbox"/> 治療台	<input type="checkbox"/> 各種装具(長・短下肢装具等)	<input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘	<input type="checkbox"/> 家事用設備	<input type="checkbox"/> 各種歩行補助具	<input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備	<input type="checkbox"/> 各種測定用器具(角度計、握力計等)	<input type="checkbox"/> 聴力検査機器	<input type="checkbox"/> 血圧計	<input type="checkbox"/> 音声録音装置	<input type="checkbox"/> 平行棒	<input type="checkbox"/> ビデオ録画システム	<input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡	<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器	<input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器
<input type="checkbox"/> 訓練マット	<input type="checkbox"/> 傾斜台																								
<input type="checkbox"/> 治療台	<input type="checkbox"/> 各種装具(長・短下肢装具等)																								
<input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘	<input type="checkbox"/> 家事用設備																								
<input type="checkbox"/> 各種歩行補助具	<input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備																								
<input type="checkbox"/> 各種測定用器具(角度計、握力計等)	<input type="checkbox"/> 聴力検査機器																								
<input type="checkbox"/> 血圧計	<input type="checkbox"/> 音声録音装置																								
<input type="checkbox"/> 平行棒	<input type="checkbox"/> ビデオ録画システム																								
<input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡	<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器																								
<input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器																								

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

[記載上の注意]

- 1 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配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- 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 「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、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」の口に「✓」を記入すること。
- 6 具備している器械・器具について口に「✓」を記入すること。

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7月1日から31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。

例	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 8.該当無し	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)		
												4) のはじめ	現在	4) のはじめ	現在	
例	75歳	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	30	60	50	80	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。

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

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

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

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

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

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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、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 専任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研修についてわかる書類②かみ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、修了年月)
- 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。

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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」の口に「✓」を記入すること。
- 当該リハビリテーションに従事する医師、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。
- 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。
- 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。
- 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○で囲むこと。

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 	
2	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へ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	
	$⑨ \div (A - B) =$	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つては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 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 6

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3（いずれかに○）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○、 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○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○）の施設基準に係る
届出書添付書類（新規・8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○すること。

1. 嚥下機能の実績

(1) 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 		
(2) 摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率		
①	<p>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）</p> <p>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）</p> <p>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。</p>	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つては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上

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 （○をつける）	VF/VEの実 施場所 （○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
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	<input type="checkbox"/>			例	<input type="checkbox"/>
専任常勤医師	<input type="checkbox"/>			例	<input type="checkbox"/>
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○)	<input type="checkbox"/>			例	<input type="checkbox"/>
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○)	<input type="checkbox"/>			例	<input type="checkbox"/>

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
				<input type="checkbox"/>

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○)

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。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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。

{
}
 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○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。

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	歯科又は歯科口腔外科 の経験年数	当該療養の経験年数

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つては、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
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	年
				年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	年
				年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 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) $(2) \div (1) \times 100$	%

[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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該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・在宅精神療法の口注 8（療養生活継続支援加算）

口注 10（児童思春期支援指導加算）

に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に口に✓を記入すること。

1 専任の精神科医 ※ 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	児童思春期の患者に対する 精神医療に係る適切な研修
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	あり ・ なし

2 専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師

氏名	職種	児童思春期の患者に対する 精神医療に係る適切な研修
		あり ・ なし
		あり ・ なし

3 初診を実施した 20 歳未満の患者数に関する要件

過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数 (ひと月当たり平均)	人
--	---

[記載上の注意]

- 療養生活継続支援加算を届け出る場合は、「2」に、当該支援に専任の精神保健福祉士の名前を記載すること。
- 児童思春期支援指導加算を届け出る場合は、「1」から「3」までを記入すること。
- 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該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。
- 「1」及び「2」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 5 の 3

通院・在宅精神療法の□注 11（早期診療体制充実加算）
 □注 12（情報通信機器を用いた精神療法）
 に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に□に✓を記入すること。

- 1 常勤の精神保健指定医の配置に係る要件
 （常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。）

氏名	指定医番号

- 2 通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件
 （以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数		回 (a)
うち、	「1」の□（初診の日に 60 分以上）の算定回数	回 (b)
	「1」のハの(1)（30 分以上）の算定回数	回 (c)
	「2」の□（初診の日に 60 分以上）の算定回数	回 (d)
	「2」のハの(1)（60 分以上）の算定回数	回 (e)
	「2」のハの(2)（30 分以上 60 分未満）の算定回数	回 (f)
$\{(b) + (c) + (d) + (e) + (f)\} / (a)$		(％) <input type="checkbox"/> (≥ 5％)

※診療所にあつては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

当該保険医療機関に勤務する医師の数	人 (g)
$\{(b) + (d)\} / (g)$	(回／人) <input type="checkbox"/> (≥ 60)

3 精神保健指定医に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

		指定医氏名① () 指定医番号 ()	指定医氏名② () 指定医番号 ()
(1)	他医療機関で時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。		
	実施日①（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	実施日②（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	実施日③（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	実施日④（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	実施日⑤（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	実施日⑥（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。		
	実施日（実施医療機関名）	/ ()	/ ()
	公務員としての業務の場合 ①実施した業務の内容 ②依頼元（都道府県名等）	① ②	① ②

4 当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関
		<input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
(2)	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において輪番対応型施設として指定を受けている医療機関	
	① 当該保険医療機関の時間外、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、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)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。)	
	①	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関
	②	<input type="checkbox"/> 時間外対応加算1の届出を行っている。
	③	<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。

5 早期診療体制充実加算における届出に係る要件
(届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

児童思春期精神科専門管理加算	□
療養生活継続支援加算	□
児童思春期支援指導加算	□
精神科リエゾンチーム加算	□
依存症入院医療管理加算	□
摂食障害入院医療管理加算	□
精神科入退院支援加算	□
児童・思春期精神科入院医療管理料	□
認知療法・認知行動療法	□
依存症集団療法 1、2 又は 3	□
精神科在宅患者支援管理料	□

6 情報通信機器を用いた精神療法における届出等に係る要件
(届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

要件	該当
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。	□
「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って診療を行う体制を有していること。	□

[記載上の注意]

- 1 注 11 を届け出る場合は、「1」から「5」までを、注 12 を届け出る場合は、「3」、「4」及び「6」を、それぞれ満たすこと。
- 2 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。
- 3 「3」について、
 - ・注 11 を届け出る場合は、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(2)を満たすこと。当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が(2)を満たすこと。
 - ・注 12 を届け出る場合は、情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が(1)又は(2)を満たすこと。
 - ・(2)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を行っている場合は、実施した業務の内容及び当該業務を依頼した都道府県名又は政令指定都市名を記入すること。
 - ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
 - ③ 精神医療審査会における業務
 - ④ 精神科病院への立入検査での診察
 - ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 4 「4」について、当該保険医療機関において、(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、精神科救急医療体制整備事業の輪番型対応施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。
- 5 「5」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。

様式 44 の 5 の 4

情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書（8月報告）

保険医療機関名	
保険医療機関コード <small>（レセプトに記載する7桁の数字を記載）</small>	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医に係る要件

	指定医氏名① () 指定医番号 ()	指定医氏名② () 指定医番号 ()
(1)	他医療機関で時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。	
	実施日①（実施医療機関名）	/ () / ()
	実施日②（実施医療機関名）	/ () / ()
	実施日③（実施医療機関名）	/ () / ()
	実施日④（実施医療機関名）	/ () / ()
	実施日⑤（実施医療機関名）	/ () / ()
	実施日⑥（実施医療機関名）	/ () / ()
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。	
	実施日（実施医療機関名）	/ () / ()
	公務員としての業務の場合 ①実施した業務の内容 ②依頼元（都道府県名等）	① ②

(3) 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して処方した抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数

種類数	抗不安薬	睡眠薬	抗うつ薬	抗精神病薬
0種類	件	件	件	件
1種類	件	件	件	件
2種類	件	件	件	件
3種類以上	件	件	件	件

3 情報通信機器を用いた精神療法の件数

	対面診療で実施した精神療法の算定件数		情報通信機器を用いた精神療法の算定件数	
	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」□ 「1」ハ(1) 「2」□ 「2」ハ(1) 「2」ハ(2) の件数の合計	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2) 「2」ハ(3) の件数の合計	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(1)① の件数	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2)① の件数
8月	件	件	件	件
9月	件	件	件	件
10月	件	件	件	件
11月	件	件	件	件
12月	件	件	件	件
1月	件	件	件	件
2月	件	件	件	件
3月	件	件	件	件
4月	件	件	件	件
5月	件	件	件	件
6月	件	件	件	件
7月	件	件	件	件

[記載上の注意]

- 1 本報告については、「2の(3)」以外は前年8月1日（前年8月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～当年7月31日の診療実施状況を、「2の(3)」は当年5月1日（当年5月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～7月31日の診療実施状況を、それぞれ記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「2の(2)」の「患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市

町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。

- 3 「2の(3)」については、当年5月1日～7月31日に情報通信機器を用いた精神療法を実施した患者に対して抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬を処方した件数を、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数毎に記載すること。例えば、情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1種類の抗不安薬及び2種類の睡眠薬を処方した場合は、「1種類の抗不安薬を処方した件数」及び「2種類の睡眠薬を処方した件数」にそれぞれ1を計上する。
- 4 「3」の「情報通信機器を用いた精神療法の件数」のうち、「対面診療で実施した精神療法の算定件数」については、情報通信機器を用いた精神療法を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告すること。

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
<input type="checkbox"/>		あり ・ なし
<input type="checkbox"/>		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]

- 「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」、「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。

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]

- 「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」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。

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	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
	勤	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。） <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 精神科棟を有する病院であって、入院基本料（精神科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が可能である。
- 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。

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。

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月

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

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
	<input type="checkbox"/> 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書添付書類

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。

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○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	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
イ 常勤精神保健福祉士		
ウ 作業療法士		

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

所 属	氏 名	勤務形態
当該保険医療機関		常勤 ・ 非常勤

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

3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受けられる体制	(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」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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 「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 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

※処置・手術のうち、該当する届出事項を○で囲むこと。
(両方とも届け出る場合には、両方を○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○をつけること)	
	①三次救急医療機関	
	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)	
7	届出を行う全ての診療科において医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を行っている (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」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」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。

と。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 8 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あ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。
- 7 「7」について、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。

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別 平日 (2交代制 ・ 3交代制) 休日 (2交代制 ・ 3交代制)	
(2) 夜勤者人数 () 名	
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日としている (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]

- 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)
- 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科		科
2 当該診療科の医師の氏名等		在籍する医師数 名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
3 チーム制の概要 (該当するものに○をつける)		
(1) 緊急呼び出し当番数		
平日の夜勤時間帯	(名)
休日の日中	(名)
休日の夜勤時間帯	(名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日に行っている (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。

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」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。
- 「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。
- 「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。

硬膜外自家血注入の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
科				
2 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を5年以上（及び当該療養の経験を1年以上）有するとともに、当該処置について術者として3例以上の経験を有する常勤の医師				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該処置の術者としての経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無			
4 当直体制の概要				
5 合併症等に備えた連携体制の構築	有 ・ 無			

[記載上の注意]

- 1 「2」の脳神経外科、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。

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。

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。

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○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○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SP検査40mmHg以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)
4	専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科名称： ア 循環器内科 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、リポソーパ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	リポソーパーを用いた血液浄化療法の経験年数	リポソーパ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パ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。

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○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等				
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日	
			年	月 日
			年	月 日
			年	月 日
			年	月 日
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」については、該当する届出項目に○を付けること。
- 「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」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。
- 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

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
			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
	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、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

手術用顕微鏡加算
 歯根端切除手術の注 3

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	手術用顕微鏡加算
	歯根端切除手術の注 3

※ 手術用顕微鏡加算及び歯根端切除手術の注 3 の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

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	経験年数

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

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

【記載上の注意】

- 1 「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。
- 2 「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

※口腔粘膜処置及びレーザー機器加算の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

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	経験年数

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 49 の 10

ストーマ処置（ストーマ合併症加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1. 適切な研修を修了した常勤看護師の氏名等

氏 名	研修修了
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

研修の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。

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
	受理番号：(歯周組織再生誘導手術) _____

- ※ 1 手術時歯根面レーザー応用加算の届出を行う場合は受理番号を記載すること。
- ※ 2 歯周組織再生誘導手術の施設基準を届出中の場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。
- ※ 3 う蝕無痛的窩洞形成加算及び手術時歯根面レーザー応用加算の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 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

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
光学印象

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○)

	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
	光学印象

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	歯科技工所名

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 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	
使用するデジ タル印象採得 装置	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

様式 50 の 2 の 2

歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
歯科技工士連携加算 2

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 (該当するものすべてに○)

	歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
	歯科技工士連携加算 2

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名

3 診療体制 (歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合のみ記入する。)

該 当	要 件
<input type="checkbox"/>	保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、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」に準拠した体制であること。

[記載上の注意]

- 「2」について、歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士の氏名のみ記載すること。
- 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及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。
- 「3」について、歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は□に「✓」を記入すること。

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

皮膚悪性腫瘍切除術における皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検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皮膚悪性腫瘍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]

- 「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。
- 「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」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 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。

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○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				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ▪ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 				
2 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
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
4 3の常勤の医師に係る所定の研修の修了状況				
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

[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。
- 4 「4」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 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。

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○をつけること。)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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。

腫瘍脊椎骨全摘術の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 「3」の脊椎手術とは、「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」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」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。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

1 届出種別				
・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」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。
- 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」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。
- 「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。
- 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	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 2の常勤医師に係る所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
4 術中の病理検査が可能な体制		有 ・ 無	
5 病理部門の病理医の氏名			
6 合併症への対応の体制		有 ・ 無	
7 当該機器の使用管理区域		(概要)	
8 機器管理責任者の氏名等			
機器管理責任者の氏 名	所定の研修状況		
	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
9 保守管理の計画		(有 ・ 無)	

[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 「3」及び「8」について、常勤医師の氏名、機器管理責任者の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。ただし、「2」、「3」及び「8」は同一の者であってもよい。

[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					

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	
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
2 1の常勤医師に係る所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
3 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。
- 2 「2」については、
（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状況について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
（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状況について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 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

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。

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		
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 		
2 標榜診療科 (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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ▪ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること）			
科			
3 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。

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]

- 「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」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。
- 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）、緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））及び毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）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 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	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
3 当該手術を行うために必要なモニター・眼内内視鏡等の一覧				
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 「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」の眼科の経験年数については、少なくとも1人は5年以上の経験を有すること。
- 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 毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）の届出を行う場合のみ、「3」を記入すること。

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
 植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別 ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
			科
3 内耳又は中耳に対する手術の年間実施数			
			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。

乳腺悪性腫瘍手術における乳癌センチネルリンパ節生検加算の
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○印をつける）		1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法） 2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 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癌悪性腫瘍手術において乳癌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	乳癌センチネルリンパ 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
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○印をつけること。なお、「1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法）」のうち、インドシアニングリーンによるもの及び「2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 2（単独法）」のうち色素のみによるもの届出を行う場合、「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
 内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（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○印をつける） ・内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術 ・内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） ・内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 ・内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術					
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">科</div>					
3 外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K461-2」、「K462-2」、「K463-2」又は「K464-2」の手術を術者として実施した経験を有する常勤医師の氏名等					
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○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	
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」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。
- 「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○を付けること。

1 届出する項目について（該当するものに○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○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。

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	
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
3 2の医師に係る所定の研修の状況				
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日	
		時間	年 月 日	
		時間	年 月 日	
		時間	年 月 日	

[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 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

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		<input type="checkbox"/>		
7 再生医療等提供基準の遵守		<input type="checkbox"/>		

[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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (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。

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]

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

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

1 届出を行う項目について (該当するものに○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 3 アテローム切除アブレーション式血管形成術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○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
6 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの設置等		
(1) 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	有 ・ 無	
(2) 複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの設置	有 ・ 無	
(3) 1種類の高速度回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを用いて過去2年間25例以上の使用実績	有 ・ 無 _____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 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるものの届出を行う場

合のみ、「6」を記入すること。

- 5 「6」については、(2)又は(3)のいずれか及び(1)の要件を満たすこと。なお、(3)に該当する場合は、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。
- 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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 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			例
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
5 冠動脈に関する血管内治療（P C I）の実施症例数			例
6 経食道心エコー検査の実施症例数			例
7 当該診療科の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	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。

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。

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				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ▪ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 				
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)				科
3 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 年間に於ける直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上)				例
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 (経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)				例
7 緊急手術が可能な体制				(有 ・ 無)

[記載上の注意]

1 「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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 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のハ」「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。

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]

- 「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。
- 「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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的中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」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」の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」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。
- 「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。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

〔 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○で囲むこと。

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
3 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 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			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○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	
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
7 「6」の常勤の医師に係る所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

			年 月 日
<p>8 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断</p>			
<p>9 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</p>			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に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。
- 6 「7」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 7 「9」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、個人情報をもマスクした上で、添付すること。
- 8 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○で囲むこと。

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出 （実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
		科	
3 心臓電気生理学的検査の年間実施症例数			
うち、心室性頻拍性不整脈症例等に対するもの		例 例	
4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数			
ペースメーカー移植術の実施症例数		例	
（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	
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
6 5の常勤医師にかかる所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器	
(一般的名称)	(承認/認証番号)
(1) 血液学的検査	
(2) 生化学的検査	
(3) 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(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。
- 5 「6」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 6 「8」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、個人情報をもマスクした上で、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。

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○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。） <div style="text-align: right;">科</div>			
3 心臓電気生理学的検査の年間実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例等に対するもの			例 例
4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数 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			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	
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
6 5の常勤の医師に係る所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

7	当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称)	(承認/認証番号)
	(1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 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(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。
- 5 「6」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 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、個人情報をもスクした上で、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。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 																															
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																															
<p>3 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</p> <p style="text-align: right;">例</p>																															
<p>4 心臓血管外科の常勤医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">常勤医師の氏名等</th> <th style="width: 20%;">勤務時間</th> <th style="width: 20%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 30%;">補助人工心臓の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>				常勤医師の氏名等	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
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																												
<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認/認証番号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																															

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の勤務時間について、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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 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。

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）				
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>				
3 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） <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断				
8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 （ 有 ・ 無 ） 補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無 （ 有 ・ 無 ）				
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無 （ 有 ・ 無 ）				

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に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○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。

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。

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]

- 「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」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。
- 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○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）		
<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 ・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開腎摘出術 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 	
常勤医師の氏名	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 1 スリーブ状切除によるもの
 腹腔鏡下胃縮小術 2 スリーブ状切除によるもの
 (バイパス術を併施するもの)

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 				
2 届出				
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下胃縮小術 1 スリーブ状切除によるもの <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下胃縮小術 2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)				
※該当する届出事項に「✓」を記入すること。 (両方とも届け出る場合には、両方に「✓」を記入すること)				
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
4 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				
4-1 (「1 スリーブ状切除によるもの」の届出の場合に記入すること。)				
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
4-2 (「2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)」の届出の場合に記入すること。)				
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
5 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				
5-1 (「1 スリーブ状切除によるもの」の届出の場合に記入すること。)				
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
5-2 (「2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)」の届出の場合に記入すること。)				
区分番号「K656-2の1」に掲げる手術				例
6 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
7 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
8 常勤の麻酔科標榜医の氏名		
9 常勤の管理栄養士の氏名		
10 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）	
11 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 「4」、「6」及び「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 「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 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」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」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」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。
- 「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。
- 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○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	
		その他 ()		名		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、体外衝撃波碎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○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。

[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）			
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	
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

[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

腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（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 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術（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年間に実施した腓臓手術症例数 _____ 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]

- 「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。
- 「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。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の 2 の 3

（ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
腹腔鏡下膵中央切除術 ）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 		
2 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」、「K700-4」、「K701」、「K702」、 「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数 ） 例		
3 1のうち、膵頭十二指腸切除術症例数 例		
4 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数 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		
6 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
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 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
		時間	年
10 麻酔科標榜医の氏名			

[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」、「3」、「4」、「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。
- 3 「9」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。
- 4 「10」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 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

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 		
<p>2 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</p>		
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
<p>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</p>		
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
<p>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」、「K700-4」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数）</p> <p style="text-align: right;">例</p> <p>そのうち、膵頭十二指腸切除術症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>		
<p>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</p>		例
<p>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）</p>		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	麻酔科標榜医の氏名	
10	保守管理の計画	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 「9」については、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 67 の 3

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した粘膜下層剥離術症例数			例	
3 消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤医師の氏名等				
診療科名	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	
		時間	年	
		時間	年	
4 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 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○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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下腎盂形成手術（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		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） 		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
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 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○で囲むこと。

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

[記載上の注意]

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

様式 69 の 4

〔尿道狭窄グラフト再建術
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	
	時間		年
	時間		年
	時間		年
3 麻酔科標榜医の氏名			
4 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 「2」の泌尿器科の経験年数については、人工尿道括約筋植込・置換術の届出を行う場合は、少なくとも1人は5年以上の経験を有すること。
- 3 尿道狭窄グラフト再建術の届出を行う場合のみ、「3」を記入し、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 人工尿道括約筋植込・置換術の届出を行う場合のみ、「4」を記入すること。
- 5 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」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」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」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師（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		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ▪ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 		
2 標榜診療科名 (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

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			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
		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 「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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下仙骨脛固定術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
				科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数				
				例
3 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する常勤医師				
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。

腹腔鏡下仙骨腔固定術（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）、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて10例以上実施し、このうち腹腔鏡下仙骨腔固定術（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、腹腔鏡下仙骨腔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]

- 「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」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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

4 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	
	時間	
	時間	
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名		
常勤の麻酔科標榜医の氏名		
病理医の氏名		
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「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
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「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

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

[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○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

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	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
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 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

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

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。

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	
		年	
		年	
		年	
3 2の常勤看護師に係る所定の研修の修了状況			
常勤看護師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

[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 「3」については、常勤看護師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）						科 科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数						例
3 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する常勤医師の指名等 ※ 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	経験年数

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。

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	経験年数

2 設置機器名

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

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。

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
			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」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○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○をつけること。
- 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。
- 「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。
- 「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」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

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 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。

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
 歯科麻酔管理料「注3」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○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。

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。

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。

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○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つては「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つては「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つては、「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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 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
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		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ている機器の名称等			
<ul style="list-style-type: none"> ・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配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 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。

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）。

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○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 (動体追尾法にあつては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5mm以下とするために必要な装置			
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置			

[記載上の注意]

「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。

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。

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
		年 (うち 年)	陽子線治療	年
		年 (うち 年)	重粒子線治療	年
		年 (うち 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 粒子線治療に係るがんセンターボードの有無		
		有 ・ 無
6 がん診療連携拠点病院とのがんセンターボードに係る連携の有無		
		有 ・ 無
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称) ・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称) ・ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称) 		

[記載上の注意]

- 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がんセンターボード（※）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、がんセンタ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がんセンターボードに、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。

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○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]

- 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。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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ない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数 件	
3 デジタル病理画像の作成・送信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

標本等の受取・受信側（病理診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①、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 =	<input type="text"/> %
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。

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
による術中迅速病理組織標本作製

の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像
による迅速細胞診

- 1 届出を行う項目（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。

病理診断管理加算 1
 病理診断管理加算 2
 悪性腫瘍病理組織標本加算
 デジタル病理画像による病理診断

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 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	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	<input type="checkbox"/>
	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	<input type="checkbox"/>
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○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」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、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。

{

 口腔病理診断管理加算 1
 口腔病理診断管理加算 2

}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等		
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	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。

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）

<input type="checkbox"/> 昭和		
<input type="checkbox"/> 平成	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 令和		

4. 保険医療機関コード

--

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機 器	機器名：	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏 名		経験年数
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名：		
	所在地：		
	保険医療機関名：		
	所在地：		
	保険医療機関名：		
	所在地：		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 令和		
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
人数	_____名		
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 1
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 2
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 3 - イ
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 3 - ロ
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 3 - ハ
	<input type="checkbox"/>	特別調剤基本料 A
2 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う新規届出 （遡及指定が認められる場合を除く）	指定日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
<input type="checkbox"/>	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	
3 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）		<input type="checkbox"/> あり （様式 87 の 2 の添付が必要） <input type="checkbox"/> 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（特別調剤基本料 A への該当性）		
ア 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 ^{※1} ※1 ウの（イ）から（二）までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		<input type="checkbox"/> なし →「5」へ <input type="checkbox"/> あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称： <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
ウ 下記の（イ）から（二）のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
（イ） 保険医療機関と不動産の賃貸借取引		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
（ロ） 保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
（ハ） 保険薬局が所有する設備の貸与		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
（二） 保険医療機関による開局時期の指定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
エ 特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中度		%
<p>※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「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（通知）」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添 1 の「第 88 の 4 特別調剤基本料 A」の 2 の（2）に示すア、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。</p> <p>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。</p>		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3への該当性）		
ア 薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属していない（個店） →「6」へ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6 処方箋の受付回数及び集中度等		
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（処方箋受付回数が第1位の）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 処方箋集中度（⑥）	%	
オ アの全処方箋受付回数が4000回を超える場合 下記のカからケを記載する。	<input type="checkbox"/> 4000回を超えていない →「6」の(2)へ <input type="checkbox"/> 4000回を超える	
	処方箋受付回数が 第2位の医療機関	処方箋受付回数が 第3位の医療機関
カ 保険医療機関名		
キ アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク それぞれの保険医療機関の処方箋集中度	%（⑨）	%（⑩）
ケ 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	
(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の該当性）		
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし →「(3)」へ <input type="checkbox"/> あり	
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	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の該当性）		
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	<input type="checkbox"/> なし →記載終了 <input type="checkbox"/> 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（⑭）	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（⑮）	回	
エ ⑮と⑬を合計した処方箋受付回数（⑯）	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A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がない（表の「4」でアで「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」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「4」のオ）が50%を超える

該当 → 特別調剤基本料A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」のオの「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」のオの「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」のオの「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⑬/③）：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⑮/③）：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 a, b のいずれかに該当 → **調剤基本料 2 に該当**
- a) 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

b) 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、処方箋受付回数が多い上位 3 の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計（表の⑩）が 70%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 万回以下 → 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6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6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、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の4 特別調剤基本料A」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」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の3 調剤基本料3」の2の（5）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、同様に、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、「6」の⑧については⑦／④、「6」の⑨については⑧／④として計算する。
- 11 「6」の⑫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、⑬については、⑤を含めて記載する。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日
 所属する法人・グループ名（ ）
 同一グループの保険薬局数（ ）

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に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
当年度上半期に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. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法（該当する項目に☑を記入すること。）

- 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。
- 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。
- 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2) 価格交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

ア 当年度下半期の取引予定

- 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況（上半期と比較した下半期の取引状況）

- 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

- 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。(上半期より小さい乖離率での取引)
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。(上半期より大きい乖離率での取引)

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品 (カテゴリーA)、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料
- 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2. (1) で「価格交渉を代行する者に依頼して交渉している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

(該当する項目に☑を記入すること。)

- 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に記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 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは、当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 保険薬局は、報告年度の4月1日から9月30日の実績を、本報告書により、同年度の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。
- 9 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。

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○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○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6年3月5日保医発0305第2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		<input type="checkbox"/>
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名	許可病床数（病院のみ記載）	
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 1 「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6年3月5日保医発 0305 第5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。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	調剤基本料の区分		
	()	調剤基本料 1	
	()	調剤基本料 2	
	()	調剤基本料 3 - イ	
	()	調剤基本料 3 - ロ	
	()	調剤基本料 3 - ハ	
	()	特別調剤基本料 A	
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○)	地域支援体制加算の区分		提出が必要な様式
	()	地域支援体制加算 1	様式87の3 (本様式) 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	
	()	地域支援体制加算 4	

地域支援体制加算の施設基準 (対応している内容に☑すること)

3 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア	備蓄品目数 (年 月現在)	品目
イ	当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ	医療材料及び衛生材料を供給できる体制	<input type="checkbox"/> あり
エ	麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載:)	
オ	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	
	①処方箋の受付回数	回
	②主たる医療機関の処方箋受付回数	回
	③集中度 (%)	%
カ	後発医薬品の調剤割合	%
キ	当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	<input type="checkbox"/> あり
4 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制		
ア	開局時間	
イ	休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり
他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	
ウ	休日、夜間を含む開局時間外の当該薬局を利用する患者からの相談応需体制	<input type="checkbox"/> あり
あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送	
	<input type="checkbox"/> 留守録による応答後、速やかに折り返し	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
エ	休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制(地域の輪番体制含む)に係る自局及びグループによる周知	<input type="checkbox"/> 周知している
オ	エの体制に係る地域での周知の方法(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。

5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応	
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	<input type="checkbox"/> あり
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	<input type="checkbox"/> あり
ウ 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) (実績回数の期間: 年 月 ~ 年 月)	回
(5のウの参考)	
① 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
② 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
③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回
エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 <input type="checkbox"/> 薬学的管理指導計画書の様式の整備 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示 <input type="checkbox"/> その他()
6 医療安全に関する取組の実施	
ア 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録(薬局が登録した登録番号を記載すること)	登録証明書番号()
イ 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、自局の保険薬剤師への周知	<input type="checkbox"/> あり
ウ プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	<input type="checkbox"/> あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	<input type="checkbox"/> あり
7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出	<input type="checkbox"/> あり
8 管理薬剤師	
①氏名	
②保険薬局勤務経験年数	年
③週あたりの勤務時間	時間
④当該薬局在籍年数	年
9 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	<input type="checkbox"/> 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 <input type="checkbox"/> 定期的な外部の学術研修の受講 <input type="checkbox"/> 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 <input type="checkbox"/> 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 <input type="checkbox"/> その他()
9 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	<input type="checkbox"/> あり
10 研修計画の作成、学会発表などの推奨	<input type="checkbox"/> あり
11 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制(パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等)	<input type="checkbox"/> あり
12 地域医療に関連する取組の実施	
ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売(基本的な48薬効群)	<input type="checkbox"/> あり

イ	健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ	緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	<input type="checkbox"/> あり
エ	当該保険薬局が敷地内禁煙であること	<input type="checkbox"/> あり
オ	薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	<input type="checkbox"/> 販売していない

[記載上の注意]

- 1 令和6年5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、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
- 2 令和6年5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、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「5」のウ、「7」及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
 - 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○をすること。
- 3 「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○をすること。
- 4 「3」のオの期間については、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。
- 5 「3」のオの集中度については、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計算すること。
- 6 「3」のカについては、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の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 7 「4」のアについては、自局の開局時間を記載すること。
- 8 「4」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 9 「4」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料。
- 10 「5」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 11 「5」のウの「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。
- 12 「6」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 13 「6」のウの「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。
- 14 「8」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「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、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 15 「10」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
- 16 「12」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 17 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
	()	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)	回
-------------------------------	---

3 各基準の実績回数 以下の(1)から(10)までの10の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。 地域支援体制加算 1 : (4)を含む3つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 2・4 : いずれか8つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 3 : (4)と(7)を含む3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○) 期間: 年 月 ~ 年 月 ※下記 () 内は各加算の実績基準を示す	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) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算 1 または 2 : 40 回、加算 3 または 4 : 400 回)	回	回
() (2) 麻薬の調剤回数 (加算 1 または 2 : 1 回、加算 3 または 4 : 10 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 (加算 1 または 2 : 20 回、加算 3 または 4 : 40 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括管 理料 (加算 1 又は 2 : 20 回、加算 3 又は 4 : 40 回)	回	回
() (5) 外来服薬支援料 1 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 12 回)	回	回
() (6) 服用薬剤調整支援料 (加算の区分によらず 1 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 (加算 1 又は 2 : 24 回、加算 3 又は 4 : 24 回)	回	回
() (8) 服薬情報等提供料等 (加算 1 又は 2 : 30 回、加算 3 又は 4 : 60 回)	回	回
() (9) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 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
() (10) 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 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 5 回)	回

[記載上の注意]

- 1 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近1年間の実績を記載する。施設基準に適合すると届出をした後は、前年5月1日から当年4月末日までの実績で判断する。なお、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計算すること。
- 2 「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。
- 3 「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。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 4 「3」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外加算等：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。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②調剤後薬剤管理指導料、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
 - (9)服薬管理指導料の「注9」、かかりつけ薬剤師指導料の「注7」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注6」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注5」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注5」にかかる小児特定加算。
- 6 「3」の(10)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。

連携強化加算（調剤基本料）の施設基準に係る届出書添付書類

連携強化加算の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

1	第二種協定指定医療機関の指定を受けている。	<input type="checkbox"/>
2	新型インフルエンザ等感染症等の発生時における体制の整備について	
	ア 感染症の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	<input type="checkbox"/>
	イ 個人防護具を備蓄している。	<input type="checkbox"/>
	ウ 要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備している。	<input type="checkbox"/>
3	災害の発生時における体制の整備について	
	ア 災害の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	<input type="checkbox"/>
	イ 自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制がある。	<input type="checkbox"/>
	ウ 地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制がある。	<input type="checkbox"/>
4	災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会・研修・訓練等に参加するよう計画を作成・実施している。	<input type="checkbox"/>
5	災害や新興感染症発生時等における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。	<input type="checkbox"/>
6	災害や新興感染症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、自局及びグループによる周知。	<input type="checkbox"/>
7	「6」に係る薬局に係る地域での周知の方法（該当する項目に☑する）	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。
8	災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成している。	<input type="checkbox"/>
9	オンライン服薬指導の実施要領に基づき、通信環境の確保及び研修の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>
10	医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
11	要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（対外診断用医薬品）を販売している。	<input type="checkbox"/>
以下は、特別調剤基本料 A を算定している保険薬局のみ記載すること。		
12	特別な関係を有している保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関でないこと。	<input type="checkbox"/>
13	特別な関係を有している保険医療機関名	

[記載上の注意]

- 1 令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和6年12月31日までの間に限り、「1」を満たしているものとみなす。
- 2 「12」及び「13」は特別調剤基本料Aを算定する保険薬局が届出を行う場合に記載すること。
- 3 「12」の外来感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算、感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算を指す。

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (該当するものに○)	()	在宅薬学総合体制加算 1
	()	在宅薬学総合体制加算 2
2 在宅薬学総合体制加算 1 及び 2 の共通の施設基準		
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出	<input type="checkbox"/> あり	
(2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり	
(3) 在宅業務実施体制に係る自局及びグループによる周知	<input type="checkbox"/> 周知している	
(4) 在宅業務実施体制に係る地域での周知の方法 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
(5) 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 ・ 外部の学術研修の受講	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	
(6) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	<input type="checkbox"/> あり	
(7) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載 :)		
(8) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (24 回以上/年) (実績回数期間 : 年 月 ~ 年 月)	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 在宅薬学総合体制加算2の施設基準	
(1) 当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数 (2名以上の保険薬剤師、うち1名以上が常勤)	(人) (うち、常勤 人)
(2) 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算定実績 (24回以上/年) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(3) 高度管理医療機器等の販売業の許可等 (許可番号：)	
※ ア及びイについて、適合するものに○を記載すること。	
() ア. がん末期などターミナルケアに対する体制	
(4) 医療用麻薬の備蓄品目数 (6品目以上、うち注射剤1品目以上)	(品目) (うち、注射剤 品目)
(5) 無菌製剤処理を行うための設備 (該当するものに○) 1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット	
() イ. 小児在宅患者に対する体制	
(6) 小児在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (6回以上/年) (A+B) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(参考)	
A 小児特定加算の算定実績 (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に係るものに限る。)	回
B 乳幼児加算の算定実績 (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に係るものに限る。)	回

[届出上の注意]

- 「1」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 在宅薬学総合体制加算1を届出する場合、2について記載すること。
- 在宅薬学総合体制加算2を届出する場合、2及び3について記載すること。
- 2(8)の実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 2(8)の(参考)ウについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、ウとして記載すること。
- 2(8)の(参考)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過を行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 3(2)の算定実績については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 3(4)の備蓄品目数については、規格単位ごとの品目数を記載すること。(例：A錠10mgとA錠20mgを備蓄している場合は2品目と数える。)
- 3のア及びイについては、両方に適合する場合は、いずれにも○を記載すること。

医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

医療DX推進体制整備加算の施設基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□
3	オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	□
4	「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制を有している。	□導入済み □導入予定（令和 年 月）
5	電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制	□電子薬歴システムを導入している
		電子薬歴システムの製品名 ()
6	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。	□
7	来局患者のマイナ保険証の利用率	利用率（ ）% 小数点1桁まで記載
8	次に掲げる全ての事項について、保険医療機関の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施していること。	□
9	サイバーセキュリティの確保のために必要な措置 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。	□

[記載上の注意]

- 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り該当するものとみなす。
- 「6」については、令和7年9月31日までの間に限り該当するものとみなし、それまでの間に届出を行う場合は記載不要。
- 「7」については、令和6年10月1日から適用する。利用率の記載については、令和6年9月末までは記載不要。
- 「8」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 (いずれかに○をつける)	()	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) <input type="checkbox"/> 新規届出 <input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)		
上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の 台数の合計 (①)		台
上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した 患者数の合計 (②)		人
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓 を算定した患者数 (②/①) (③)		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○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等	氏名： 講習会の名称： 講習会の実施主体： 受講日： 年 月 日	
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」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」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」については、医師の氏名、講習会の名称、実施主体及び受講日を記載すること。

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

1 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 2の医師にかかる研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
4 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]

- 「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。
- 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 「4」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]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2」及び「3」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			
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 <p style="text-align: right;">例</p>			
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」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」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。
- 「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。
- 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)及び腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)の施設基準に係る届出書添付書類

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。

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				
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 				
2 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 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。

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

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実施症例数 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
			_____ 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	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」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。
- 「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」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。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

胸腔鏡下弁形成術
 胸腔鏡下弁置換術
 胸腔鏡下弁形成術
 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 胸腔鏡下弁置換術
 (内視鏡手術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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 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 胸腔鏡下弁置換術 (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
4 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
5 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
6 当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の年間実施症例数			
			例
7 当該医療機関における胸腔鏡下弁置換術又は胸腔鏡下弁置換術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の年間実施症例数			
			例

8 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
9 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	
10 経食道心エコーの年間実施症例数		（ 例 ）		
11 緊急手術が可能な体制		（ 有 ・ 無 ）		
12 麻酔科標榜医の氏名				
13 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）				
14 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」、「3」、「6」、「7」、「11」、「12」及び「14」は記載する必要がないこと。また、「4」又は「5」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）及び胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）を届け出る場合にあっては、「5」は記載する必要がないこと。
- 4 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、「3」は記載する必要がないこと。
- 5 胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）を届け出る場合にあっては、「2」は記載する必要がないこと。
- 6 「2」、「3」、「5」及び「9」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。
- 7 「4」、「6」、「7」及び「10」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。
- 8 「12」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 9 「13」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。
- 10 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別					
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 					
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					科
3 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を添付すること。

様式 87 の 13

経皮的循環補助法
 経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）

 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別 <div style="margin-left: 40px;"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） </div>			
2	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
		常勤・非常勤	時間
		常勤・非常勤	時間
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
		常勤・非常勤	時間
		常勤・非常勤	時間
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
		常勤・非常勤	時間
		常勤・非常勤	時間

[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○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 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				
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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

バルーン閉塞下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。

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		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 		
2 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

胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び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

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 科
3 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超える場合）（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10例以上実施した経験又は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）（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	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
		時間	例
4 当該医療機関における肺良性腫瘍、炎症性肺疾患及び肺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			例
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
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）	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
		時間	年
6 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)			
7 麻酔科標榜医の氏名			
8 常勤の臨床工学技士の氏名			
9 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、胸腔鏡下肺切除術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準を届け出る場合は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)又は胸腔鏡下肺切除術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超える場合)(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10例以上実施した経験を有する常勤の医師について記入すること。
- 3 「3」については、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除術又は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)の施設基準を届け出る場合は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。)(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10例以上実施した経験を有する常勤の医師について記入すること。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「4」については、胸腔鏡下肺切除術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)を届け出る場合は肺良性腫瘍、炎症性肺疾患及び肺悪性腫瘍に係る手術に係る手術の年間実施症例数を記入すること。
- 7 「4」については、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除術又は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)の施設基準を届け出る場合は肺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数を記入すること。
- 8 「7」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

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。

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

1 届出種別				
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 				
2 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				
そのうち、腹腔鏡下直腸切除・切断術の年間実施症例数				例
				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（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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	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子宮全摘術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数（合計）			
			例
そのうち、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数			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 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	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。

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				<input type="checkbox"/>

[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。

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。

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

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	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
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			
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			
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）	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
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」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。
- 「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。
- 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。

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○をつける）				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	
		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	
		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 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の状況				
	氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
3に係る常勤医師の受講状況				
4に係る常勤医師の受講状況				
5に係る常勤医師の受講状況				
7 乳房MRI加算の施設基準に係る届出			（ 有 ・ 無 ）	
7-2 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	
8 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出	(有 ・ 無)
9 麻酔科標榜医の氏名	
10 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 「6」について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 3 「7」について、「無」にチェックがついた場合は「7-2」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 「9」については、子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準を届け出る場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

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。

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。

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。

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
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
3 2の常勤医師にかかる所定の研修修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			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）を記載すること。
- 2 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 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。

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					
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 					
2 標榜診療科名（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	
9 保守管理の計画	有	・	無	

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」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」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。
- 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 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。

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。

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。

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				
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 				
2 標榜診療科名（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
9 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「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 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ▪ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 		
2 標榜診療科名（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）		
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
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制		有 ▪ 無

[記載上の注意]

- 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。

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				
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 				
2 標榜診療科名（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
9 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「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 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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]

- 「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。
- 「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。

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
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 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。

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連携先の保険医療機関 名称 () 所在地 ()

5 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業への協力

国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
----------------------------------	---

[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。

精巣内精子採取術に係る報告書

医療機関名： _____
 報告年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 実施事項について

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

医療安全管理体制について		
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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。		<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

[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。

腹腔鏡下子宮癒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			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科名 (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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
A301特定集中治療室管理料に係る届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
A301-4小児特定集中治療室管理料に係る届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

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。

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（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 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
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年
3 2の常勤医師に係る所定の研修の修了状況			
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制 (有・無)			
6 保守管理の計画 (有・無)			

[記載上の注意]

- 「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」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。
- 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

**頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（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**

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 頭頸部癌の治療について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	頭頸部癌治療の 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 常勤の歯科麻酔科医又は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。
また、当該常勤歯科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、麻酔科標榜医の場合は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。

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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
科			
3 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）
 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（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）又は腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（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 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（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腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（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
9 保守管理の計画	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」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」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。
- 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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。

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

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 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）	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
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）	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	
5 緊急手術が可能な体制					（ 有 ・ 無 ）

[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。

再製造単回使用医療機器使用加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1. 再製造単回使用医療機器の使用実績

再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を使用した直近の手術について、5例以上記載すること。

使用した日	手術名	特定保険医療材料名
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

2. 再製造単回使用医療機器を使用する体制に係る事項

再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。	（□には適合する場合「✓」を記入すること。） <input type="checkbox"/>
再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準（平成29年厚生労働省告示第261号）第4の1（5）に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。	（□には適合する場合「✓」を記入すること。） <input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 再製造単回使用医療機器の使用実績における手術名については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第10部手術第1節手術料の中から、該当する手術の名前について記載し、特定保険医療材料名については、該当する機能区分名について記載すること。

骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部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 整形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
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 悪性骨腫瘍手術の年間実施症例数			例
6 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」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、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に悪性骨腫瘍手術が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。
- 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。

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） 			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 整形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
4 人工関節置換術に係る手術の年間実施症例数			例
5 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」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」は、新規届出の場合には実績期間内に肺悪性腫瘍手術が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 「4」の人工関節置換術とは、「K082の1（股関節に限る。）」及び「K082-3の1（股関節に限る。）」に掲げる人工関節置換術であること。

緊急穿頭血腫除去術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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301特定集中治療室管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-4小児特定集中治療室管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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. 常勤医師の氏名			
診療科名	医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数
科		時間	年
科		時間	年
科		時間	年
科		時間	年
4 救急医療に関する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		救急医療の看護に従事した年数	
		年	
		年	
		年	

[記載上の注意]

「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。

脳血栓回収療法連携加算の 施設基準に係る届出書添付書類

脳血栓回収療法連携加算に係る事項

<p>1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準における(1)のアを満たすものとして当該加算の届出を行っている施設であること。</p>	<p>(□には適合する場合「✓」を記入すること。)</p> <p style="font-size: 2em;">□</p>		
<p>2 超急性期脳卒中加算に関する施設基準における(1)のイを満たすものとして当該加算の届出を行っている他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関に対して助言を行っている</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>(□には適合する場合「✓」を記入すること。)</p> <p style="font-size: 2em;">□</p> </td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> <p>連携先保険医療機関名</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> </td> </tr> </table>	<p>(□には適合する場合「✓」を記入すること。)</p> <p style="font-size: 2em;">□</p>	<p>連携先保険医療機関名</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>(□には適合する場合「✓」を記入すること。)</p> <p style="font-size: 2em;">□</p>	<p>連携先保険医療機関名</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>		

[記載上の注意]

脳血栓回収療法連携加算に係る届出を行う場合においては、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断等についての連携に係る手順書を添付すること。

乳腺悪性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 乳腺外科又は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	当該診療科の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
4 届出を行う項目（該当するものそれぞれに○印をつける）	1 乳癌センチネルリンパ節加算1（併用法） 2 乳癌センチネルリンパ節加算2（単独法）		
5 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳癌センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	乳癌センチネルリンパ節生検の経験症例数
科		年	例
科		年	例
科		年	例
6 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
7 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
8 麻酔科標榜医の氏名			
9 病理部門の病理医氏名			
10 乳腺手術の年間実施症例数	例		
11 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」、「6」及び「7」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」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。

- 4 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1 又 2 の届出を行う場合のみ、「4」から「9」を記入すること。
- 5 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 6 「10」は、新規届出の場合には実績期間内に乳腺手術が 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。
- 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。

気管支バルブ留置術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
科			
3 呼吸器内科、呼吸器外科又は気管支鏡手技に関する専門の知識及び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	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
4 呼吸器外科の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
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 「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 「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。

肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
科			
3 呼吸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
	時間	科	年
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 肺悪性腫瘍手術の年間実施症例数			例
6 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」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、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に肺悪性腫瘍手術が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。
- 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。

胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) ・ 再度の届出 (実績期間 年 月 ~ 年 月) 				
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)				科
3 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 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心房中隔欠損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	
			胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	直視下心房中隔欠損閉鎖術
	時間	年	(例)	(例)
	時間	年	(例)	(例)
	時間	年	(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) 5年間に於ける直視下又は胸腔鏡下の心房中隔欠損閉鎖術 (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 「4」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「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。

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部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 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
	時間	科	年
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 消化器悪性腫瘍手術の年間実施症例数			例
6 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」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、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に消化器悪性腫瘍手術が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。
- 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。

腎悪性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			
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
科			
3 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	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
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 腎悪性腫瘍手術の年間実施症例数			例
6 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」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、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に腎悪性腫瘍手術が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。
- 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。

**腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
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 泌尿器科又は小児外科について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	当該手術の 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 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、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。

精巣温存手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 泌尿器科又は小児外科について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	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
3 病理部門の病理医氏名			

[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。

女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）
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 産婦人科又は婦人科の経験を5年以上有しており、女子外性器悪性腫瘍手術における女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として3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	女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検の 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 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。

腹腔鏡下腔断端挙上術（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。）			
科			
3 腹腔鏡下腔断端挙上術（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の医師の氏名等			
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年間に実施した腔断端挙上術、腹腔鏡下腔断端挙上術又は子宮腫瘍に係る手術の年間実施症例数 _____ 例			
このうち、腔断端挙上術及び腹腔鏡下腔断端挙上術の年間実施症例数 _____ 例			
5 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
6 麻酔科標榜医の氏名			
7 緊急手術が可能な体制	（ 有 ・ 無 ）		
8 常勤の臨床工学技士の氏名			
9 保守管理の計画	（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」及び「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。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険薬剤師	常 勤 名	非常勤 名
1 無菌処理施設・設備		
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)		
形 式 ・ 規 格		
空 気 清 浄 度、集 塵 効 率 等		
台 数 等		
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧		
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地		

[記載上の注意]

「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。

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	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 「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保険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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。ただし、在籍期間は、週32時間以上勤務した期間のみにすること。
- 「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。
- 「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。

特定薬剤管理指導加算 2 に係る届出書添付書類

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	保険薬剤師の氏名	勤務経験
		年
		年
		年
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)		
3 麻薬小売業者免許証の番号		
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)	実施保険医療機関名	出席回数
		回
		回
		回

[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。

看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月

新規
 区分変更 3月 6月 9月 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」の交付状況

(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

交付あり
 交付なし

4 該当するものを選択すること(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。
 (イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている
 (ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績: 件 (期間: 令和 年度)

救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

5 看護職員等の数、延べ入院患者数、【A】の値

① 算出の際に用いる看護職員等の数、延べ入院患者数の期間(いずれかを選択)

前年12月～2月
 3～5月
 6～8月
 9～11月

② 看護職員等の数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の各月1日時点における当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算した数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

④ 【A】の値 (前回届出時)

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)×12,000円×1,165)}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)×10円}}$$

6 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、
 看護職員等の数(②)の変化は1割以内である。
 延べ入院患者数(③)の変化は1割以内である。
 【A】の値(④)の変化は1割以内である。

7 5により算出した【A】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

6のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金改善実施期間

① 令和 年 月 ~ 令和 年 月

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分 区分 () 点数	点
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み	人
④本評価料による収入の見込額 (②×③×10円)	円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑦賃金改善の見込額 (⑤-⑥)	円
⑦は④以上か	

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額	円
⑩ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑪ベア等の割合 (⑩÷⑨)	%
⑩が⑨の2/3以上であるか	

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額	円
⑮ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑯ベア等の割合 (⑮÷⑭)	%
⑮が⑭の2/3以上であるか	

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰賃金の種類		
<input type="checkbox"/> 基本給	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（新設）	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（既存の増額）
<input type="checkbox"/> 賞与	<input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（新設）	<input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額）
<input type="checkbox"/> その他	（ <input type="text"/> ）	
⑱賃上げの担保方法		
<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し	<input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し	
<input type="checkbox"/> その他の方法	：具体的に（ <input type="text"/> ）	
⑲賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）		
<input type="text"/>		

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑩⑮ペア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦賃金改善の見込額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」及び「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分										
	算定期間							点数の区分		点数
a	令和	年	月	～	令和	年	月			点
b	令和	年	月	～	令和	年	月			点
c	令和	年	月	～	令和	年	月			点
d	令和	年	月	～	令和	年	月			点
②算定回数										
	算定期間							算定回数		
a	令和	年	月	～	令和	年	月			回
b	令和	年	月	～	令和	年	月			回
c	令和	年	月	～	令和	年	月			回
d	令和	年	月	～	令和	年	月			回
計										回
③本評価料による収入の実績額										
	算定期間							実績額		
a	令和	年	月	～	令和	年	月			円
b	令和	年	月	～	令和	年	月			円
c	令和	年	月	～	令和	年	月			円
d	令和	年	月	～	令和	年	月			円
計										円

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円
⑥は③以上か	

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ペア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ペア等の割合（⑨÷⑧）	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額		円
⑭ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）		%
⑭が⑬の2/3以上であるか		

V. 賃金改善実施期間

⑯ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Iの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 2 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 3 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 4 「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 5 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 6 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

特別事情届出書(令和 年度)

基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
フリガナ	
書類作成 担当者	
電話番号	

1. 事業の継続を図るために、看護職員等の賃金を引き下げる必要がある状況について

医療機関の収支について、患者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2. 賃金水準の引下げの内容(期間、対象、金額等)

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることに、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和 年 月 日 (法人名)
(開設者名)

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)をいう。

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)とする。

4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生(支)局へ提出すること。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類 (新規・3、6、9、12月の区分変更)

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

算出を行う月(通知別表●を参照)

- 新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。
※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】3を参照

6 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値(【B】)

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「3」の入力に連動)

- 前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間】(上記「3」の入力に連動)

- 前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物)の算定回数

回

(前回届出時

回)

⑤ 歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥ 歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0.0 回 (前回届出時 0.0 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点 (前回届出時 0.0 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(前回届出時)

(4) 【B】の値

(前回届出時)

$$\begin{aligned}
 \text{【B】} = & \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\
 & \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\left[\begin{aligned} & \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \end{aligned} \right]} \times 10 \text{円}
 \end{aligned}$$

7 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(6(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(6(3))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の算定回数の見込み(6(3))の変化は1割以内である。
 - 【B】の値(6(5))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

算定不可	
------	--

算定不可	
------	--

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
 なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
 常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 4 「6」(1)②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)
 また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 5 「6」①「初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 6 「6」②「再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「6」③「訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「6」④「訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「6」「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「6」「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「6」「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「6」「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月（通知別表●を参照）

新規
 区分変更 3月 6月 9月 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

3 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※【記載上の注意】1を参照

4 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)等により算定される点数の見込み、入院ベースアップ評価料の区分を算出する値(【C】)

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

(2)外来・在宅ベースアップ評価料(I)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(I)等及び延べ入院患者数の対象期間」(「2」の入力に連動)

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0.0 回 (前回届出時 0.0 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点 (前回届出時 0.0 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

#DIV/0!

(4) 延べ入院患者数

【対象期間の1月当たりの平均】

人月 (前回届出時 人月)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30ヶ月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

(5) 【C】の値

(前回届出時)

$$【C】= \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分3厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円

5 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(4(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(4(3))の変化は1割以内である。
 - 延べ入院患者数(4(5))の変化は1割以内である。
 - 【C】の値(4(6))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

6 4により算出した【C】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

- 1 「3」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 2 「4」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 3 「4」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下2～5において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

- 4 「4」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口の2、1の口の2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 5 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 6 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1の口の若しくは2の口の
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)
- 7 「4」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下6~9において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 8 「4」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 9 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 10 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

別添

(病院及び有床診療所) 賃金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input checked="" type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月	～	令和 年 月	1	ヶ月
--------	---	--------	---	----

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月	～	令和 年 月	1	ヶ月
--------	---	--------	---	----

- ※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
- ※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
- ※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

Ⅲ-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み (③の期間中)

④算定金額の見込み	#VALUE!	円
外來ベースアップ評価料 (I) 等による算定金額の見込み	0	円
入院ベースアップ評価料による算定金額の見込み	#VALUE!	円
入院ベースアップ評価料の区分 () 点数		点
賃金改善実施期間における、入院基本料に係る算定回数の見込み	0	回
⑤令和7年度への繰越予定額 (令和6年度届出時のみ記載)		円
⑥前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
⑦算定金額の見込み (繰越額調整後) (④-⑤+⑥)		円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

Ⅲ-2. 全体の賃金改善の見込み額 (②の期間中)

⑧全体の賃金改善の見込み額		円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み (⑦の再掲)		円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分		円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちその他分 (⑧-⑨-⑩-⑪)	0	円

- ※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰の活用等により、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合のみ記載すること。

※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		0 円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑭）		#DIV/0! %

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		0 円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）		#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		0 円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉘）		#DIV/0! %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㉟）		0 円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㉟）		#DIV/0! %

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

㊶歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊷賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊸賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊹基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊸－㊷）		0 円
㊺うち定期昇給相当分		円
㊻うちベア等実施分		円
㊼ベア等による賃金増率（㊻÷㊷）		#DIV/0! %

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㊽その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊾賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊿賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㋀基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊿－㊾）		0 円
㋁うち定期昇給相当分		円
㋂うちベア等実施分		円
㋃ベア等による賃金増率（㋂÷㊾）		#DIV/0! %

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

55	40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
56	賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
57	うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
58	賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
59	うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
60	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - 58 56）	0 円
61	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - 59 57）	0 円
62	うち定期昇給相当分	円
63	うちペア等実施分	円
64	ペア等による賃金増率（63）÷（57）	#DIV/0! %

XI. 事務事務職員の基本給等に係る事項

65	事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
66	賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
67	うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
68	賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
69	うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
70	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - 66 66）	0 円
71	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - 69 67）	0 円
72	うち定期昇給相当分	円
73	うちペア等実施分	円
74	ペア等による賃金増率（73）÷（67）	#DIV/0! %

別添

(診療所) 賃金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月	～	令和 年 月		1	ヶ月
--------	---	--------	--	---	----

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月	～	令和 年 月		1	ヶ月
--------	---	--------	--	---	----

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。

※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出有無

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

※ 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等を届け出ない場合は、以下④の「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み」及び「外来在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み」は「（参考）賃金引き上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）」により計算を行うこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み（③の期間中）

④算定金額の見込み	0円
外来ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み	0円
外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み	0点
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等による算定金額の見込み	-円
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の区分及び点数	（ 届出なし ） （イ） -点 （ロ） -点
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（初診時等）の算定回数	-回
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（再診時等）の算定回数	-回
⑤令和7年度への繰越予定額（令和6年度届出時のみ記載）	円
⑥前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）	円
⑦算定金額の見込み（繰越額調整後）（④-⑤+⑥）	0円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額（③の期間中）

⑧全体の賃金改善の見込み額	円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み（⑦の再掲）	0円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分	円
⑪うち定期昇給相当分	円
⑫うちその他分（⑧-⑨-⑩-⑪）	0円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
 なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		0円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）		#DIV/0! %

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		0円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉔）		#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		0円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉛）		#DIV/0! %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㉟）		0円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㊳）		#DIV/0! %

VII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④1 その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
④2 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
④3 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
④4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④3－④2）	0円
④5 うち定期昇給相当分	円
④6 うちベア等実施分	円
④7 ベア等による賃金増率（④6÷④2）	#DIV/0! %

【ベースアップ評価料対象外職種について】

IX. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

④8 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
④9 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤0 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤1 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤2 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－④9）	0円
⑤4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤2）⑤0	0円
⑤5 うち定期昇給相当分	円
⑤6 うちベア等実施分	円
⑤7 ベア等による賃金増率（⑤6）⑤0	#DIV/0! %

X. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑤8 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
⑤9 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥0 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥1 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥2 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥1）⑥0	0円
⑥4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥2）⑥0	0円
⑥5 うち定期昇給相当分	円
⑥6 うちベア等実施分	円
ベア等による賃金増率（⑥6）⑥0	#DIV/0! %

XI. 賃金上げを行う方法

⑥7 賃上げの担保方法

就業規則の見直し 賃金規程の見直し

その他の方法：具体的に（ _____ ）

⑥8 賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

（ _____ ）

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③ベースアップ評価料算定期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 6 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 7 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

別添

(歯科診療所) 賃金引上げ計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月	～	令和 年 月		1	ヶ月
--------	---	--------	--	---	----

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月	～	令和 年 月		1	ヶ月
--------	---	--------	--	---	----

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出有無

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

※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等を届け出ない場合は、以下④の「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み」及び「歯科外来在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み」は「（参考）賃金引上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）」により計算を行うこと。

III-1. 歯科ベースアップ評価料による算定金額の見込み（③の期間中）

④算定金額の見込み	0円
歯科外来ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み	0円
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み	0点
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等による算定金額の見込み	-円
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の区分及び点数（届出なし）（イ）-点（ロ）-点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（初診時等）の算定回数の見込み	-回
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（再診時等）の算定回数の見込み	-回
⑤令和7年度への繰越予定額（令和6年度届出時のみ記載）	円
⑥前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）	円
⑦算定金額の見込み（繰越額調整後）（④-⑤+⑥）	0円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額（③の期間中）

⑧全体の賃金改善の見込み額	円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み（⑦の再掲）	0円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分	円
⑪うち定期昇給相当分	円
⑫うちその他分（⑧-⑨-⑩-⑪）	0円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
 なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）	0円
⑰うち定期昇給相当分	円
⑱うちベア等実施分	円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）	#DIV/0! %

V. 歯科衛生士の基本給等に係る事項

⑬歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	人
⑭賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑮賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）	0円
⑰うち定期昇給相当分	円
⑱うちベア等実施分	円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）	#DIV/0! %

VI. 歯科技工士の基本給等に係る事項

⑬歯科技工士の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	人
⑭賃金改善する前の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑮賃金改善した後の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）	0円
⑰うち定期昇給相当分	円
⑱うちベア等実施分	円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）	#DIV/0! %

VII. 歯科業務補助者の基本給等に係る事項

⑬歯科業務補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	人
⑭賃金改善する前の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑮賃金改善した後の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）	0円
⑰うち定期昇給相当分	円
⑱うちベア等実施分	円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）	#DIV/0! %

VII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④1 その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
④2 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
④3 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
④4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④3－④2）	0 円
④5 うち定期昇給相当分	円
④6 うちベア等実施分	円
④7 ベア等による賃金増率（④6÷④2）	#DIV/0! %

【ベースアップ評価料対象外職種について】

IX. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

④8 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
④9 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤0 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤1 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤2 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤1）	0 円
⑤4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤2）⑤0	0 円
⑤5 うち定期昇給相当分	円
⑤6 うちベア等実施分	円
⑤7 ベア等による賃金増率（⑤6）⑤0	#DIV/0! %

X. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑤8 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	人
⑤9 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥0 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥1 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥2 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥1）⑥0	0 円
⑥4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥2）⑥0	0 円
⑥5 うち定期昇給相当分	円
⑥6 うちベア等実施分	円
ベア等による賃金増率（⑥6）⑥0	#DIV/0! %

XI. 賃金上げを行う方法

⑥7 賃上げの担保方法

就業規則の見直し 賃金規程の見直し

その他の方法：具体的に（ _____ ）

⑥8 賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

{ _____ }

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③ベースアップ評価料算定期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 6 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 7 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

1. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（医科）または「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
2. 「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（歯科）または「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（歯科診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
3. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「入院ベースアップ評価料」算定する有床診療所においては、別添「（病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。

(病院及び有床診療所) 賃金改善実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。

令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 0 年 0 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II. 入院ベースアップ評価料の実績額

④入院ベースアップ評価料の区分

	算定期間	点数の区分	点数
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月		点
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点

⑤算定回数

	算定期間	算定回数
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月	回
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回
計		回

⑥入院ベースアップ評価料による収入の実績額

	算定期間	実績額
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月	円
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円
e	令和7年度への繰り越し予定額	円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)	円
計		円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		0円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

問題あり

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		0.0人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		0円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		0円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		#DIV/0!%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		0.0人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		0円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）		0円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）		#DIV/0!%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

⑩薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
⑪賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
⑫賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑬基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑩－⑪）	0 円
⑭うち定期昇給相当分	円
⑮うちベア等実施分	円
⑯ベア等による賃金増率（⑮÷⑬）	#DIV/0! %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

⑰看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
⑱賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
⑲賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
⑳基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑲）	0 円
㉑うち定期昇給相当分	円
㉒うちベア等実施分	円
㉓ベア等による賃金増率（㉒÷㉑）	#DIV/0! %

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

㉔歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
㉕賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0 円
㉖賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	円
㉗基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉖）	0 円
㉘うち定期昇給相当分	円
㉙うちベア等実施分	円
㉚ベア等による賃金増率（㉙÷㉗）	#DIV/0! %

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㉛その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
㉜賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
㉝賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
㉞基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－㉜）㉝	0 円
㉟うち定期昇給相当分	円
㊱うちベア等実施分	円
㊲ベア等による賃金増率（㊱÷㉞）	#DIV/0! %

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤8 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑤9 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑥0 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑥1 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥2 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑥1）⑤9	0	円
⑥4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑥2）⑥0	0	円
⑥5 うち定期昇給相当分		円
⑥6 うちベア等実施分		円
⑥7 ベア等による賃金増率（⑥5）⑥6	#DIV/0!	%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥8 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑥9 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑦0 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑦1 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑦2 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑦3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑦1）⑥9	0	円
⑦4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑦2）⑦0	0	円
⑦5 うち定期昇給相当分		円
⑦6 うちベア等実施分		円
⑦7 ベア等による賃金増率（⑦5）⑦6	#DIV/0!	%

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 3 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

別添

(診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引き上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引き上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 0 年 0 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月 ヶ月

II 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の届出有無

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の実績額

有

④外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の区分

算定期間		点数の区分	(イ)	(ロ)
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月		点	点
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点

⑤算定回数

算定期間		(イ)の算定回数	(ロ)の算定回数
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
計		0 回	0 回

⑥外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等による収入の実績額

算定期間		(イ)の実績額	(ロ)の実績額
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
計			0 円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）	0	円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）	0	円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	問題なし

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0	円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）	0	円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）	#DIV/0!	%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0	人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0	円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）	0	円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）	#DIV/0!	%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

③⑦ 薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0	人
③⑧ 賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0	円
③⑨ 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑩ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③⑧-③⑨）	0	円
③⑪ うち定期昇給相当分		円
③⑫ うちベア等実施分		円
③⑬ ベア等による賃金増率（③⑫÷③⑪）	#DIV/0!	%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

④⑦ 看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0	人
④⑧ 賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0	円
④⑨ 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④⑩ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑧-④⑨）	0	円
④⑪ うち定期昇給相当分		円
④⑫ うちベア等実施分		円
④⑬ ベア等による賃金増率（④⑫÷④⑪）	#DIV/0!	%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④④ その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
④⑤ 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0	円
④⑥ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑤-④⑥）	0	円
④⑧ うち定期昇給相当分		円
④⑨ うちベア等実施分		円
④⑩ ベア等による賃金増率（④⑨÷④⑧）	#DIV/0!	%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤① 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑤② 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑤③ うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
⑤④ 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑤ うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑥ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - ⑤④ ⑤② ）	0	円
⑤⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ - ⑤⑤ ⑤③ ）	0	円
⑤⑧ うち定期昇給相当分		円
⑤⑨ うちベア等実施分		円
⑤⑩ ベア等による賃金増率（ - ⑤⑩ ⑤⑧ ）	#DIV/0!	%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥1 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
⑥2 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
⑥3 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
⑥4 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥5 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥4）⑥2	0 円
⑥7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥5）⑥3	0 円
⑥8 うち定期昇給相当分	円
⑥9 うちベア等実施分	円
⑦0 ベア等による賃金増率（ $\frac{⑥9}{⑥7}$ ）⑥3	#DIV/0! %

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

別添

(歯科診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input checked="" type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 0 年 0 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月 ヶ月

II 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の届出有無

有

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の実績額

④歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の区分

算定期間		点数の区分	(イ)	(ロ)
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月	歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 2	16 点	2 点
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月		点	点

⑤算定回数

算定期間		(イ) の算定回数	(ロ) の算定回数
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	回	回
計		0 回	0 回

⑥歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等による収入の実績額

算定期間		(イ) の実績額	(ロ) の実績額
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 年 月	0 円	0 円
b	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
c	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
d	令和 年 年 月 ~ 令和 年 年 月	円	円
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
計			0 円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）	0	円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）	0	円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

問題あり

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0	円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）	0	円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）	#DIV/0!	%

Ⅴ. 歯科衛生士の基本給等に係る事項

⑳歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
㉑賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
㉒賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）	0	円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）	#DIV/0!	%

VI. 歯科技工士の基本給等に係る事項

⑲ 歯科技工士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
⑳ 賃金改善する前の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
㉑ 賃金改善した後の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑲-⑳）	0	円
㉓ うち定期昇給相当分		円
㉔ うちペア等実施分		円
㉕ ペア等による賃金増率（㉔÷㉓）	#DIV/0!	%

VII. 歯科業務補助者の基本給等に係る事項

㉖ 歯科業務補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
㉗ 賃金改善する前の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
㉘ 賃金改善した後の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉖-㉗）	0	円
㉚ うち定期昇給相当分		円
㉛ うちペア等実施分		円
㉜ ペア等による賃金増率（㉛÷㉚）	#DIV/0!	%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㉝ その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
㉞ 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0	円
㉟ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
㊱ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉝-㉞）	0	円
㊲ うち定期昇給相当分		円
㊳ うちペア等実施分		円
㊴ ペア等による賃金増率（㊳÷㊲）	#DIV/0!	%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

㉡ 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
㉢ 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
㉣ うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0	円
㉤ 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉥ うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉦ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉤-㉢）	0	円
㉧ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉥-㉣）	0	円
㉨ うち定期昇給相当分		円
㉩ うちペア等実施分		円
㉪ ペア等による賃金増率（㉩÷㉨）	#DIV/0!	%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥1 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
⑥2 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
⑥3 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
⑥4 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥5 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥4 - ⑥2）	0 円
⑥7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥5 - ⑥3）	0 円
⑥8 うち定期昇給相当分	円
⑥9 うちベア等実施分	円
⑦0 ベア等による賃金増率（⑥9 ÷ ⑥3）	#DIV/0! %

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

参考

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(IIを算定しない診療所向け)

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出について
届出を行う月
 新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値(【B】)

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」(上記「2」の入力に連動)

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0.0 回 (前回届出時 0.0 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点 (前回届出時 0.0 点)

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

#DIV/0! (前回届出時)

【記載上の注意】

4 「3」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

5 「3」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ

・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

6 「3」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号A001に掲げる再診料

・区分番号A002に掲げる外来診療料

・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口

・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料

・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料

・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料

・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料

- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「3」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「3」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「3」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)
- A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「3」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「3」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「3」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19