

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

の施設基準に係る届出書添付書類
 ※該当する届出事項を○囲むこと

1 当該画像診断の従事者に係る事項		
医 師	医師氏名	核医学診断の経験年数
		年
放射線技師	放射線技師の氏名	
2 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の、当該撮影に使用した全患者数		
	_____	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 特別の関係にある医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数		
	_____	名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%		
	= %	

[記載上の注意]

- 1 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る製剤の取扱い及び撮影を行う医師及び専任の放射線技師につき記載することとし、経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「3」については、施設共同利用率が20%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。

単純CT撮影及び単純MRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1. 単純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

・MRI (1.5テスラ以上)

2. ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー等
(MRIの場合はテスラ数も記載すること。)

(機種名)

(型番)

(メーカー名)

(テスラ数等)

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。

特殊CT撮影及び特殊MRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1. 施設共同利用率の算定</p> <p>① 保有する全ての特殊撮影に使用する画像診断機器 の使用全患者数（単純撮影のみの患者数も含む） 名</p> <p>② 当該画像診断機器の共同利用を目的として他の保 険医療機関から撮影のみまたは画像の判読を含めた 撮影を依頼された紹介患者数 名</p> <p>③ 特別の関係にある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</p> <p>④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100\%$ = <input style="width: 80px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> %</p>
<p>2. 特殊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> <p style="text-align: center;"> ・ヘリカルCT ・マルチスライスCT </p> <p style="text-align: center;"> ・MRI（1.0テスラ以上） </p>
<p>3. ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー等 (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>

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」については、保険診療に係る患者数を記載すること。
- 3 「2」及び「3」については、機器ごとに記載すること。

無菌製剤処理の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤 名	非常勤 名	専用の部屋の面積	平方メートル
無菌 処理 施設	1 無菌室 2 クリーンベンチ (番号に○)			
	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				

外来化学療法加算の施設基準に係る届出書添付書類

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
	氏 名		氏 名
当該治療室に勤務する常勤看護師			
当該療法専任の常勤薬剤師			
自院における緊急対応	可・不可	(不可の場合、連携保険医療機関名)	

〔心大血管疾患リハビリテーション料(I)
心大血管疾患リハビリテーション料(II)〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
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・検査が行える体制が整っている。					
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積		平方メートル					
専用施設に備えている装置・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							
ホルター心電図 （携帯用心電図記録器）							
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							

〔記載上の注意〕

- 1 「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○を付けること。
- 2 緊急手術・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。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) <input type="checkbox"/> 総合リハビリテーション施設 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(I) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(II) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(I) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(II)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		合計		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							

[記載上の注意]

- 1 総合リハビリテーション施設とは、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)施設のうち、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が常勤で従事しており、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法のいずれも適切に実施できる体制を整えている施設をいう。
- 2 医師又はその他の従事者が各疾患別リハビリテーションの経験を有している場合はその旨を様式4の備考欄に記載すること。なお、経歴（疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの）を添付すること。

〔難病患者リハビリテーション料
障害児（者）リハビリテーション料〕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。

従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	専用施設の面積		平方メートル					
	当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計） その他（ ）								

[記載上の注意]

「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。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入する。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積							平方メートル
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
手工芸							
木工							
印刷							
日常生活動作							
農耕又は園芸							

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
看護補助者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積						平方メートル	
		患者1人当たり				平方メートル	

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。
- 2 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあっては、精神科ショート・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあっては、精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあっては、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあっては、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をいう。

重度認知症デイ・ケアの施設基準に係る届出書

職名	勤務の様態			
	常勤	名	非常勤	名
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
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

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

(記載事項)

- ① 当該従事者の職名毎及び勤務の様態毎の人数を記載すること。
- ② 届出事項に係る専用の施設の面積を記載し、配置図及び平面図を添付すること。
- ③ 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記載すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

届出日	平成 年 月 日
常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)	()
行動制限最小化委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化基本指針の作成日時	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 () 回/年

備考 行動制限最小化基本指針を添付のこと。

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

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
甲状腺の治療に係る経験年数	_____ 年
2 当該療法を行うために必要な装置	
カラードップラーエコー	

[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

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数	_____ 年
2 当該療法を行うために必要な装置	
カラードップラーエコー	

[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 45

内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術
（後方切除術に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 常勤の整形外科の医師の氏名	
氏 名	
3 脊椎手術 300 例の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4 内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）について合わせて 30 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「3」から「5」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 46 により添付すること。

[] 手術症例一覧

年月日	手術名	患者性別	患者年齢	主病名

様式 47

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下
 脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 常勤の整形外科の医師の氏名	
氏 名	
3 脊椎手術300例の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「3」から「5」について当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。

人工内耳埋込術の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科	
2	内耳又は中耳の手術数	例
3	耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名	
4	患者数	
	(1) 外来患者数 (届出前1年間の平均)	名
	(2) 入院患者数 (届出前1年間の平均)	名
5	言語聴覚療法に専従する職員の氏名	
6	人工内耳埋込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	
	(1) 連携医療機関の名称	
	(2) 開設者名	
	(3) 所在地	
	(4) 当該治療の責任者の氏名 (常勤の耳鼻咽喉科医師であること。)	
	(5) 言語聴覚療法に専従する職員の氏名	

[記載上の注意]

- 1 「2」については、届出前1年間の症例数を記入すること。また、届出前1年間の内耳又は中耳の手術一覧(手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式46により添付すること。
- 2 「3」の常勤耳鼻咽喉科医師の経歴(当該病院での勤務期間、耳鼻咽喉科の経験年数及び人工内耳埋込術の経験の有無が分かるもの)を添付すること。(連携医療機関を含む。)
- 3 「5」の言語聴覚療法に専従する職員の経歴(当該病院での勤務期間及び言語聴覚療法の経験年数が分かるもの)を添付すること。(連携医療機関を含む。)

同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、
同種死体肝移植術、同種死体膵移植術及び
同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

[] を実施する旨届出します。

経皮的冠動脈形成術（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）
の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科	科
2	冠動脈、大動脈バイパス移植術 経皮的冠動脈形成術	例 例
3	担当医師の状況	
(1)	循環器科 (常 勤)	(医師名) (当該診療科の経験年数) 年
	(非常勤)	年
(2)	心臓血管外科 (常 勤)	年
		年

[記載上の注意]

- 「2」については届出前1年間の冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術の手術一覧（手術名）を別添2の様式46により添付すること。
- 「3」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

経皮的中心筋焼灼術に係る届出書

1 届出手術名と標榜診療科

届出手術名	標榜診療科

2 基準要件医師

医師名	常勤・非常勤の別	経歴（経験年数を含む）

3 基準要件臨床工学技士
要件の有無（有 無）

要件有の場合の 常勤臨床工学技士名	
----------------------	--

4 連携医療機関の有無

（有 無）有の場合は当該連携医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。
当該契約書には、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されていること。

有の場合

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）

5 手術症例一覧 （年間症例数_____例）

年月日	手術名	患者性別	患者年齢	主病名

〔記載上の注意〕

「5」の「手術名」欄には、診療報酬点数表に規定する手術名を記載すること。また、同欄の末尾に診療報酬点数表に規定する手術毎に各々の年間合計症例数を記載すること。

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

1	標榜診療科	
2	心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの	例 例
3	開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の数 ペースメーカー移植術	例 例
4	重症心不全治療の数	例
5	循環器科及び心臓血管外科の常勤医師の氏名 (1) 循環器科 (2) 心臓血管外科	
6	当該保険医療機関内で常時実施できる機器の名称 (1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 画像診断	
7	患者数 (1) 外来患者数（届出前1年間の平均）	名
	(2) 入院患者数（届出前1年間の平均）	名

[記載上の注意]

- 「2」～「4」については届出前1年間の症例数を記入すること。また、届出前1年間の開心術一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 「5」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科及び心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科	
2	心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの	例 例
3	開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の数 ペースメーカー移植術	例 例
4	循環器科及び心臓血管外科の常勤医師の氏名 (1) 循環器科 (2) 心臓血管外科	
5	当該保険医療機関内で常時実施できる機器の名称 (1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 画像診断	
6	患者数 (1) 外来患者数（届出前1年間の平均）	名
	(2) 入院患者数（届出前1年間の平均）	名

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については届出前1年間の症例数を記入すること。また、届出前1年間の開心術一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 2 「4」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科及び心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 開心術数	例
3 心臓血管外科の常勤医師の氏名	
4 当該保険医療機関内で常時実施できる機器の名称	
(1) 血液学的検査	
(2) 生化学的検査	
(3) 画像診断	
5 患者数	
(1) 外来患者数（届出前1年間の平均）	名
(2) 入院患者数（届出前1年間の平均）	名

[記載上の注意]

- 1 「2」については届出前1年間の症例数を記入すること。また、届出前1年間の開心術の一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 2 「3」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

埋込型補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科	
2	開心術数	例
3	現時点までの補助人工心臓装着経験の数 うち過去3年間の経験の数 うち90日以上連続した補助を行った数	例 例 例
4	移植関係学会合同委員会に選定された年月日	平成 年 月 日
5	心臓血管外科の常勤医師の氏名	
6	当該保険医療機関内で常時実施できる機器の名称 (1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 画像診断	
7	補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 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 有 ・ 無
8	患者数 (1) 外来患者数（届出前1年間の平均） (2) 入院患者数（届出前1年間の平均）	名 名

〔記載上の注意〕

- 「2」については届出前1年間の症例数を記入すること。また、届出前1年間の開心術一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 「3」については補助人工心臓一覧（患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 「5」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

() の施設基準に係る届出書添付書類

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	有 ・ 無	平方メートル	
担当医師の状況			
常時待機医師	日勤	名	当直 名 その他 () 名
5年以上の経験を有する専門の医師	常勤	名	非常勤 名
15年以上の経験を有する指導医師	常勤	名	非常勤 名
当該医療機関内で常時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			
検査技師及び放射線技師等の勤務体制			
	人 数		勤 務 形 態
検査技師	名		
放射線技師	名		
糖尿病管理患者数 (人工膵臓のみ)	実患者数		算定期間
	名		年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 肝切除術の実施数（ただし、小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術の合計実施数） <p style="text-align: right;">例</p>
3 当該診療科の常勤医師の氏名
4 臓器移植の経験を有する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「2」については届出前1年間の症例数を記入するとともに、当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科における臓器移植の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

様式 58

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 標榜診療科名	
2 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術について合わせて20例の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏 名	腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術の症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について10例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏 名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「2」から「4」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。

様式59

医科点数表第2表第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術に係る施設基準

受理番号

受付年月日 平成 年 月 日

決定年月日 平成 年 月 日

1. 区分1に分類される手術		手術の件数
ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

2. 区分2に分類される手術		手術の件数
ア	靭帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

3. 区分3に分類される手術		手術の件数
ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種腎移植術等	

その他の区分に分類される手術		手術の件数
4.	人工関節置換術	
5.	乳児外科施設基準対象手術	
6.	ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術	
7.	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの を含む。）及び体外循環を要する手術	
8.	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 経皮的冠動脈ステント留置術	

備考 院内掲示する文書の写しを添付すること。

輸血管理料Ⅰ及びⅡに係る届出書添付書類

1 輸血部門における（専任）常勤医師の氏名	
2 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
3 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	
4 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
5 輸血用血液検査を常時実施できる体制	
あり ・ なし	
6 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	
7 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
8 「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	
9 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	
・新鮮凍結血漿（FFP）の使用量①	① 単位
・赤血球濃厚液（MAP）の使用量②	② 単位
・アルブミン製剤の使用量③	③ 単位
・FFP／MAP比	①／② =
・アルブミン／MAP比	③／② =

[記載上の注意]

- 「3」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。
- 「6」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。
- 「9」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。

麻酔管理料に係る届出書添付書類

1 標榜診療科			
2 常勤の麻酔科標榜医			
氏 名	麻酔科標榜許可書		常勤となった日
	許可年月日	登録番号	
	年 月 日		年 月 日

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2 放射線治療を専ら担当する診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
X線あるいはCTを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	
年間症例数	_____例

直線加速器による定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
3 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する者の氏名	
当該管理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 (5mm以下のスライスで撮像可能なCT)	
放射線治療計画システム (5mm以下のスライスのCT画像を用いて標的体積の治療計画が行えるもの)	
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〕

- 1 「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「3」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。

補綴物維持管理届出書添付書類

補綴物維持管理を実施する旨届出します。

1. 補綴物維持管理の責任者（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	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 平 成		

4. 保険医療機関コード

様式66

歯科矯正診断料・顎口腔機能診断料の施設基準届出書添付書類

施設の別 (対象を○で囲むこと)	歯科矯正診断 / 顎口腔機能診断	
障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 平成	
検査機器の設置状況等 (設置している機器を○で囲むこと)	歯科矯正セファログラム機	機器名： 薬事承認番号：
	下顎運動検査機	機器名： 薬事承認番号：
	咀嚼筋電図検査機	機器名： 薬事承認番号：
専任の常勤歯科医師	氏名	
	人数	_____名
専任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 _____名
口腔の医療を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)※1	保険医療機関名：	
	所在地：	
歯科矯正を担当する施設 (口腔の医療を担当する施設と同一の場合は記入不要)※2	保険医療機関名：	
	所在地：	

(注)届出を行う機関が、歯科矯正を担当する施設の場合は※1、口腔の医療を担当する施設の場合は※2を記載すること。

基準調剤の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤の種類	() 基準調剤1 () 基準調剤2 (いずれかに○を付す)		
1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況			
2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況			
3 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況			
4 薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況			
5 居宅における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況			
6 備蓄品目数	() (1の場合は500以上、2の場合は700以上)		
7 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合(②/①)：			
8 麻薬小売業者免許証の番号			

[記載上の注意]

- 1 「1」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「2」については、情報の入手手段(インターネット、書籍等)及び患者等からの連絡を受ける手段(電話、FAX、Eメール等)の一覧を添付すること。
- 3 「3」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書(他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載)の見本を添付すること。
- 4 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 5 「5」については、地方社会保険事務局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」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(特定承認保険医療機関を含む。)に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「7」及び「8」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。