

特掲診療料の施設基準に係る届出書

届出番号	
------	--

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31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もので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名 印

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、正副2通提出のこと。

小児科外来診療料届出書添付書類

標榜科名

(複数の標榜科がある場合は
それらをすべて記入のこと)

手術前医学管理料届出書添付書類

手術前医学管理料を算定する旨届出します。

様式3

ウイルス疾患指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の医師の氏名	H I V感染者の診療に従事した 経験年数
2 専従の看護師の氏名	H I V感染者の看護に従事した 経験年数
3 H I V感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名	
4 社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名	
5 診察室及び相談室の概要	

(必要に応じ、見取り図等を添付すること)

[記載上の注意]

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

[] 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 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		
			{常 勤 {専 従 非 常勤 非 専 従		

[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。

高度難聴指導管理料に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 常勤の耳鼻咽喉科医	
氏名	経歴（経験年数を含む。）

様式6

喘息治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 専任の看護師又は准看護師の氏名</p>
<p>2 必要な器械・器具の一覧（製品名等）</p> <p>(1) 患者に提供する計測器等</p> <p>(2) 当該保険医療機関において具備する器械・器具</p>
<p>3 緊急時の入院体制</p> <p>(1) 自院の体制</p> <p>(2) 連携保険医療機関がある場合</p> <p>① 連携保険医療機関の名称</p> <p>② 開設者名</p> <p>③ 所在地</p>

[記載上の注意]

- 「1」の専任の看護師又は准看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「3」の「(2)」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・対応方法についての患者への説明文書の例を添付すること。

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	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が整備されている医療機関との連携の有無

有 ・ 無 (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 (有の場合に限る。)

[備考]

地域連携小児夜間・休日診療料2の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において、小児を24時間診療することができる体制の概要を添付すること。

ニコチン依存症管理料に係る届出書添付書類

1. 禁煙治療を担当する医師について

氏 名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無
	有 ・ 無

2. 専任の看護職員について

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

ニコチン依存症管理料に係る報告書

本管理料を算定した数	①	名
12週間にわたる計5回の禁煙指導を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
②のうち、禁煙に成功しなかった者	④	名

喫煙を止めたものの割合＝③／① %

[記載上の注意点]

- 1 過去1年間において、ニコチン依存症管理料を算定した者について、集計すること。
- 2 「本管理料を算定した数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 3 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計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。

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 開放病床利用率(届出前30日間)

$$\left(\quad \quad \% \right) = \left(\begin{array}{c} \text{地域の主治医の紹介} \\ \text{による延入院患者数} \end{array} \quad \text{名} \right) \div \left[\left(\begin{array}{c} \text{開放病床数} \\ \text{床} \end{array} \right) \times 30 \text{日間} \right]$$

3 病院の概要

(1) 標榜診療科名

(2) 入院

病棟名	病床種別	病 床 数	入院基本料 区 分	1 日 平 均 入院患者数	主たる診療科	備 考
		床 (床)		名		
		床 (床)		名		
		床 (床)		名		
		床 (床)		名		
		床 (床)		名		
計		床 (床)		名		

注 1 「病床数」欄の()内には各病棟の開放病床の病床数を再掲すること。
2 開放病床の有無にかかわらず全ての病棟について記入すること。

(3) 職員数：医 師 名(うち常勤 名)
看護職員 名(うち常勤 名)
その他 名(うち常勤 名)

(4) 診療科を限定する場合の当該診療科における診療体制
医 師 名(うち常勤 名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

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 当該医療機関と同一二次医療圏に所在する医療機関の医師・歯科医師のみ記入すること。
- 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	在宅医療に係る施設基準の届出の有無 ・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)
2	当該診療所の担当者氏名 (1) 担当医 (2) 看護職員
3	24時間対応体制に係る事項 (1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 ・ 当該診療所内で確保 (有 ・ 無) ・ 担当医が直接対応 (有・無) (2) 往診体制：対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ・ 担当医及び連携保険医の氏名 (3) 緊急訪問看護体制：対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先 * 交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。
4	保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者 ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容 ・ 体制 (管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他)
5	連携保険医療機関等 (1) (1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先
5	連携保険医療機関等 (2) ・ 訪問看護事業者の名称 ・ 担当看護職員の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先
6	緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有 ・ 無) (1) 連携保険医療機関の名称 (2) 開設者名 (4) 担当医の氏名 (3) 所在地 (5) 緊急時の連絡先

[記載上の注意]

- 1 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 4 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

1 届出状況について				
<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無) 在宅末期医療総合診療料1の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無) 				
2 直近1年間に在宅療養を担当した患者について				
<ul style="list-style-type: none"> 平均診療期間 () ヶ月 				
合計患者数	うち死亡患者数 名 (再掲：死亡診断を行った患者数名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自宅	自宅以外
名	名	名	名	名
回	回	回	回	回

[記載上の注意]

- 「1」の括弧内は、いずれかに該当するものに○を記入する。
- 「2」の在宅療養の担当患者数は、主治医として担当している患者数を記入すること。
- 「2」の平均診療期間は、主治医として診療している患者について、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」は、主治医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

地域連携診療計画管理料
地域連携診療計画退院時指導料

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する事項を○で囲むこと

1 計画管理病院

1 計画管理病院について			
・ 保険医療機関の名称		・ 連絡先	
・ 開設者名		・ 担当医氏名	
・ 所在地			
2 受け入れ病棟について			
・ 病床数		床	・ 一般病棟の平均在院日数
・ 届出入院基本料の区分			日
3 計画管理病院と連携する保険医療機関			
地域連携診療計画の種類	連携保険医療機関の名称	連携保険医療機関の所在地及び連絡先	連携保険医療機関の担当医氏名、診療科
4 地域連携診療計画に係る合同委員会について			
・ 開催予定日又は開催頻度		・ 開催場所	
・ 出席者		・ 委員会の連絡調整担当者名	

2 連携する保険医療機関

1 連携する保険医療機関について			
・ 保険医療機関の名称		・ 連絡先	
・ 開設者名		・ 担当医氏名	
・ 所在地			
2 受け入れ病棟について			
・ 病床数		床	・ 一般病棟の平均在院日数
・ 届出入院基本料の区分			日

[記載上の注意]

- 1 患者等に交付する地域連携診療計画書の例を添付すること。
- 2 地域連携診療計画の作成に当たっては、別紙「記載例」を参考にすること。
- 3 「3 地域連携診療計画の種類」とは、地域連携診療計画の名称や番号等を記載すること。

地域連携診療計画書(様式例)

説明日 _____
 患者氏名 _____ 殿
 病名(検査・手術名): _____

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

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる得るものである。
 ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
 ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する

{

 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)
 ハイリスク妊産婦共同管理料(II)

}
 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 年間分娩件数

年間分娩件数	例
--------	---

2 連携保険医療機関

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

[記載上の注意]

「1」の年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数を計上し、当該保険医療機関に掲示する分娩件数と同じ数字を用いること。

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		設 備 の 目 録	面 積	許可病床数
			平方メートル	床
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 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 （予定を含む）	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

「3」については、院内における内用薬、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。

様式 15

〔 歯科疾患総合指導料 1
 歯科疾患総合指導料 2 〕 の施設基準に係る届出書添付書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1. 歯科医師の氏名 (□には、適合する場合「レ」を記入すること)

	氏 名	歯科疾患継続管理 診断を行なう常勤 の歯科医師
1		<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
合計人数	名	

2. 歯科衛生士の氏名 (□には、適合する場合「レ」を記入すること)

	氏 名	常 勤	非常勤
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計人数	名	名	

3. 別の保険医療機関との連携調整を担当する歯科医師名 (楷書で記載すること)

	氏 名	職種名
1		
2		
3		
合計人数	名	

4. 連携医療機関 (内科等を標榜する保険医療機関)

名 称	
標 榜 科 名	
所 在 地 (電話番号)	

5. 補綴物維持管理の届出年月 (楷書で記載すること)

平成____年____月

(注)補綴物維持管理の届出年月が平成 12 年 3 月以前である場合には、可能な範囲で記入すること。

様式 16

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書

1. 歯科疾患総合指導料の届出年月日等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

歯科疾患総合指導料届出区分	届出年月日
<input type="checkbox"/> 歯科疾患総合指導料 1	平成____年____月____日
<input type="checkbox"/> 歯科疾患総合指導料 2	

2. 常勤の歯科医師の氏名等

常勤の歯科医師名	経験年数

3. 歯科衛生士等の氏名等（歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

歯科衛生士等名	職種等
	常勤／非常勤， 歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤， 歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤， 歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤， 歯科衛生士／看護師

4. 他の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

5. 緊急時の連絡・対応方法

--

6. 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開設者氏名	
担当医師名	
調整担当者名	
連絡方法	

7. 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称及び台数

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸 素		
救急蘇生キット		
その他		

在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

在宅療養支援診療所の施設基準届出の有無 (有 ・ 無)
1 在宅医療を担当する常勤医師の氏名
2 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の氏名、資格

[記載上の注意]

- 1 「1」の資格とは、介護支援専門員、社会福祉士等と記載すること。
- 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。

在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1	在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出年月日	平成	年	月
2	担当者氏名（在宅末期医療総合診療を担当する者）			
	(1) 医師			
	(2) 看護師			
3	当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）			
	(1) 入院患者数（延べ患者数）			名
	(2) 外来患者数（延べ患者数）			名
	(3) 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）			名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

様式 19 の 1

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

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

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

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

(2) 連携保険医療機関

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

(3) 連携保険医療機関

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

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

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

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

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

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関
 名 称 _____
 所在地 _____
 歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

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

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

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 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)

(1)	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)

(1)	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	

検体検査管理加算(I)、(II)及び血液細胞核酸増幅同定検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 臨床検査を専ら担当する常勤医師の氏名	
2 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・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	
3 緊急検査を常時実施できる体制 あり ・ なし	
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	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の経歴（臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」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。
- 3 「3」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。
- 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。

テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 当該検査を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

2 病理学的検査を専ら担当する常勤医師の氏名

3 病院種別（該当するものに○をする）

・ 特定機能病院	承認年月日	年	月	日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地中核病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地医療支援病院	指定年月日	年	月	日

[記載上の注意]

- 「1」の常勤検査技師の経歴（病理検査業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

() の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科	科
2 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 年
	(非常勤)	年 年
(2)	心臓血管外科 (常 勤)	(当該診療科の経験年数) 年 年
	(非常勤)	年 年
(3)	麻酔科 (常 勤)	(当該診療科の経験年数) 年 年
	(非常勤)	年 年
3 心臓血管外科の標榜の有無 (有・無)		
(有の場合)	(担当医師名)	(当該診療科の経験年数) 年 年
(常 勤)		
4 連携医療機関		
(1)	近隣の心臓血管外科標榜医療機関名	
(2)	上記医療機関における心臓血管外科担当医師名 (常 勤)	年 年

[記載上の注意]

「2」、「3」及び「4」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

[] の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 常勤医師の氏名

〔記載上の注意〕

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

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	
2 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名	
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ならびに装置	
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」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

[] の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出年月日	平成 年 月 日
2. 施設共同利用率の算定	
① 当該機器の使用全患者数	_____ 名
② 当該機器の共同利用を目的として他の保険医療機関から当該検査を依頼された患者数	_____ 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 = $(2-3) / (1-3) \times 100\%$	
	= <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %

神経磁気診断の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出年月日			平成	年	月	日
2 当該検査の従事者に係る事項						
医 師	医師氏名					神経磁気診断 の経験年数
						年

[記載上の注意]

神経磁気診断を行う医師につき記載することとし、経歴（当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出添付書

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 $\text{②} / \text{①} \times 100\% = \quad \quad \quad \%$	

[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」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の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。

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 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を担当する常勤医師

医 師 名	経験年数

2 急変時等の緊急事態に対応するための体制の概要

--

[記載上の注意]

小児科を担当する医師の小児アレルギーの診断及び治療経験がわかるものを添付すること。

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2

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									
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名及び経験年数 氏名 _____ 経験年数 _____ 年									
3 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">当該保険医療機関における実施件数</th> <th style="width: 35%;">うち画像診断を専ら担当する常勤医師が診断を行った件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">核医学診断</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">件</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">件</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">コンピューター断層診断</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">件</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">件</td> </tr> </tbody> </table>		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が診断を行った件数	核医学診断	件	件	コンピューター断層診断	件	件
	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が診断を行った件数							
核医学診断	件	件							
コンピューター断層診断	件	件							

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師については、該当する全ての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」に専門医の氏名を記入する場合には、氏名の下に「（専門医）」と記入すること。また、団体による認定証等の写しを添付すること。
- 3 「3」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）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」は記載する必要はない。

画像診断管理の施設基準に係る届出書添付書類

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
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）
3 地域歯科連携診療支援病院歯科初診料の届出年月日 平成 年 月 日

[記載上の注意]

「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（ 1 2 ）の届出を行っている。
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） ・ 特定機能病院 承認年月日 年 月 日 ・ 臨床研修指定病院 指定年月日 年 月 日 ・ へき地医療拠点病院 指定年月日 年 月 日 ・ へき地中核病院 指定年月日 年 月 日 ・ へき地医療支援病院 指定年月日 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

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

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類
(歯科診療に係るものに限る。)

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)

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 (有 無)	
3 地域歯科支援診療支援病院歯科初診料 の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧 (製品名等)	

[記載上の注意]

送信側の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。