

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

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揭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。

平成 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

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。

- 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。
- 5 「新規」欄に「※」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が創設されたもの。
- 6 「新規」欄に「△」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が改正され、新たに届出が必要なもの。

区 分			今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
新規	施設基 準通知	名 称				
	1	ウイルス疾患指導料	☐	☐ 年 月	☐	1, 4
	2	高度難聴指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	2
	3	喘息治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	3
※	4	糖尿病合併症管理料	☐	☐ 年 月	☐	5
	5	小児科外来診療科	☐	☐ 年 月	☐	6
	6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	7
	6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	☐	☐ 年 月	☐	7
	7	ニコチン依存症管理料	☐	☐ 年 月	☐	8, 4
	8	開放型病院共同指導料	☐	☐ 年 月	☐	9, 10
	9	在宅療養支援診療所	☐	☐ 年 月	☐	11
※1	10	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	☐	☐ 年 月	☐	12, 12の 2
	11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	13
	12	薬剤管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	14, 4
※	12の 2	医療機器安全管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	15
※	12の 2	医療機器安全管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	15
※	12の 2	医療機器安全管理料（歯科）	☐	☐ 年 月	☐	15
※	12の 3	後期高齢者診療料	☐	☐ 年 月	☐	16
	13	歯科治療総合医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
※	14	在宅療養支援歯科診療所	☐	☐ 年 月	☐	18
※	14の 2	在宅療養支援病院	☐	☐ 年 月	☐	11の 2
	15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	☐	☐ 年 月	☐	19
	16	在宅末期医療総合診療料	☐	☐ 年 月	☐	20
	17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	☐	☐ 年 月	☐	21
	18	血液細胞核酸増幅同定検査	☐	☐ 年 月	☐	22
△	19	検体検査管理加算（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	22
※	19の 2	検体検査管理加算（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	22
△	20	検体検査管理加算（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	22
※	21	遺伝カウンセリング加算	☐	☐ 年 月	☐	23

新規	施設基準通知	区 分	今回届出	既届出			算定しない	様式（別添２）
		名 称						
△	22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	☐	☐	年	月	☐	24
△	23	人工臓臓	☐	☐	年	月	☐	24の 2, 4
	24	長期継続頭蓋内脳波検査	☐	☐	年	月	☐	25
	25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	☐	☐	年	月	☐	26
	26	神経磁気診断	☐	☐	年	月	☐	27
※	26の 2	神経学的検査	☐	☐	年	月	☐	28
	27	補聴器適合検査	☐	☐	年	月	☐	29
△	28	コンタクトレンズ検査料 1	☐	☐	年	月	☐	30
	29	小児食物アレルギー負荷検査	☐	☐	年	月	☐	31
	30	画像診断管理加算 1	☐	☐	年	月	☐	32
△	30	画像診断管理加算 2	☐	☐	年	月	☐	32
	31	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）	☐	☐	年	月	☐	33
	32	遠隔画像診断	☐	☐	年	月	☐	34又は35
	33	ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	☐	☐	年	月	☐	36
	34	CT撮影及びMRI撮影	☐	☐	年	月	☐	37
※	35	冠動脈ＣＴ撮影加算	☐	☐	年	月	☐	38
※	36	心臓MRI撮影加算	☐	☐	年	月	☐	38
△	37	外来化学療法加算 1	☐	☐	年	月	☐	39
※	37	外来化学療法加算 2	☐	☐	年	月	☐	39
※	37の 2	無菌製剤処理料	☐	☐	年	月	☐	40, 4
	38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐	年	月	☐	41, 4
	39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐	年	月	☐	41, 4
△	40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
※	40の 2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
△	41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
	42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
	43	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
	44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
	45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐	年	月	☐	42, 4
	46	難病患者リハビリテーション料	☐	☐	年	月	☐	43, 4
※	47	障害児（者）リハビリテーション料	☐	☐	年	月	☐	43, 4
※	47の 2	集団コミュニケーション療法料	☐	☐	年	月	☐	44, 4
	48	精神科作業療法	☐	☐	年	月	☐	45, 4
	49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	☐	☐	年	月	☐	46, 4
	50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	☐	☐	年	月	☐	46, 4
	51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	☐	☐	年	月	☐	46, 4

新規	施設基準通知	区 分	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
		名 称				
	52	精神科デイケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
	53	精神科ナイトケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
	54	精神科デイ・ナイトケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
	55	重度認知症患者デイケア料	☐	☐ 年 月	☐	47
	56	医療保護入院等診療料	☐	☐ 年 月	☐	48
	57	エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49
	57	エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の2
※	57の2	齲蝕歯無痛的窩洞形成加算	☐	☐ 年 月	☐	50
	58	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。）	☐	☐ 年 月	☐	51, 52, 4
	59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	☐	☐ 年 月	☐	52, 53, 4
※	59の2	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 54, 4
	60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	☐	☐ 年 月	☐	25
	61	人工内耳埋込術	☐	☐ 年 月	☐	52, 55, 4
※	61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56, 4
	62	同種死体肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
	62の2	生体部分肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58
	63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミケーターによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 59
	64	経皮的な隔心筋焼灼術	☐	☐ 年 月	☐	52, 60
	65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	☐	☐ 年 月	☐	24
	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, 4
	67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 62, 4
※	67の2	両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 63, 4
	68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	☐	☐ 年 月	☐	24
	69	補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64, 4
	70	埋込型補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 65, 4
	71	同種心移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
	72	同種心肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
	73	体外衝撃波胆石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
	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
	76	同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
※	76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 68, 4
	77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4

新規	施設基準通知	区 分	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称				
※	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, 68, 4
※	77の3	同種死体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
※	77の4	生体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69
※	77の5	焦点式高エネルギー超音波療法	☐	☐ 年 月	☐	52, 70, 4
	78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71, 4
※	78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 68, 4
△	79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	☐	☐ 年 月	☐	72
	80	輸血管理料Ⅰ	☐	☐ 年 月	☐	73
	80	輸血管理料Ⅱ	☐	☐ 年 月	☐	73
※	80の2	歯周組織再生誘導手術	☐	☐ 年 月	☐	74
	81	麻酔管理料	☐	☐ 年 月	☐	75
	82	放射線治療専任加算	☐	☐ 年 月	☐	76
※	82の2	外来放射線治療加算	☐	☐ 年 月	☐	76
	83	高エネルギー放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	77
※	83の2	強度変調放射線治療（IMRT）	☐	☐ 年 月	☐	78
	84	直線加速器による定位放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	79
	84の2	テレラジオによる術中迅速病理組織標本作製	☐	☐ 年 月	☐	80
	85	補綴物維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81
	86	歯科矯正診断料	☐	☐ 年 月	☐	82
	87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	☐	☐ 年 月	☐	83
	88	基準調剤加算1	☐	☐ 年 月	☐	84, 4
	88	基準調剤加算2	☐	☐ 年 月	☐	84, 4
	89	後発医薬品調剤体制加算				85
	90	保険薬局の無菌製剤処理加算	☐	☐ 年 月	☐	86, 4

※1 脳卒中に係るものに限る。

様式12

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	・ 担当医師名
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 日
・ 届出入院基本料の区分	(※17日以内であること。)
	(算出期間 年 月 日～ 年 月 日)

2 連携保険医療機関

(1) 大腿骨頸部骨折

連携保険医療機関について			地域連携診療計画に係る合同委員会について		
保険医療機関 の名称	連絡先	届出入院基本料 の区分	開催予定日又は 開催頻度	出席者	開催場所
連携保険医療機関件数 件					

(2) 脳卒中

連携保険医療機関について			地域連携診療計画に係る合同委員会について		
保険医療機関 の名称	連絡先	届出入院基本料 の区分	開催予定日又は 開催頻度	出席者	開催場所
連携保険医療機関件数 件					

[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 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届出ること。
- 4 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
患者氏名 殿
病名（検査・手術名）：

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

退院時の日常生活機能評価
合計点 点

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
 ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
 ※4 「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。