



## 基本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> <p><input type="checkbox"/> 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)</p> <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><u>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。</u></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 <input type="checkbox"/>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>		

(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7（又は別添7の2））
本文第3	やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式59
第1	情報通信機器を用いた診療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
1の3	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の3
1の4	外来感染対策向上加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の4
1の5	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の6	サーベイランス強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の7	抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の8	電子的診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の6
1の8	電子的歯科診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の6
2	時間外対応体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の3の2	外来データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(特掲別添2) 様式7の10, 7の11, 7の12
2の5	特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の4
2の6	看護師等遠隔診療補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の7
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科外来診療医療安全対策加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4	歯科外来診療医療安全対策加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
5	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5の2	歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注13に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の3
第1	継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(特掲別添2) 様式98
通則19	情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式60
第5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
第1	急性期総合体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
2の2	包括期充実体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の3の2
2の3	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
4の5	電子的診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式18の4
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
7の2	看護・多職種協働加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の2
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
10の2	産科管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23の3
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
12の4	放射線治療病室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の3
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の2
14の3	小児緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の3
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32
17の1の2	精神科慢性身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32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7（又は別添7の2）
17の3	依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
18の2	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5の5
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
19の2	口腔管理連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34の2
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染対策向上加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5, 35の2, 35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
21の3	重症患者初期支援充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36の2
21の4	報告書管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36の3
21の5	身体的拘束最小化推進体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36の4
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩等管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	術後疼痛管理チーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2の2
26の2の2	地域支援・医薬品供給対応体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の2の3	バイオ後続品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3の2
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の4, 様式40の4の2
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の5の2	精神科入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9の2
26の5の3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9の3
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の15, 40の16
26の11	協力対象施設入所者入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の18
26の12	医療提供機能連携確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の19
26の13	精神科地域密着多機能体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の20
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42, 42の3, 42の4, 42の6, 42の7, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42, 42の3, 42の4, 42の7, 43

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 10, 20, 42の3, 42の4, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の2
5の2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の2, 45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 20, 42の2
7の2	地域包括医療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 45の4
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 49～49の6
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 52
15	精神科救急急性期医療入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2 (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 10, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 9, 20, 49, 49の2
	短期滞在手術等基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式1の2, 2の1, 2の2, 2の5, 5の2, 5の4, 8, 10の3, 10の4, 14, 16, 21, 26, 33, 39, 39の2, 40, 42の5, 45の2, 49の4は欠番

電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算（初・再診料）の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄
1. 届出区分（該当区分に○をつけること）	
ア 電子的診療情報連携体制整備加算	加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3
イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	加算 1 ・ 加算 2
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている
	<input type="checkbox"/> 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している
	<input type="checkbox"/> 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"/> 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 「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を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている
4. 電子カルテに係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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」に準拠した体制が整備されている
	<input type="checkbox"/> 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している
	<input type="checkbox"/> 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である
5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件	
ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス (該当する場合、口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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
イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク	
ネットワーク名	
ネットワークを運営する事務局名	
ネットワークを運営する事務局所在地	
登録患者数	
年間新規登録患者数	
年間新規登録患者数 開始年月（和暦で記載すること）	年 月
年間新規登録患者数 終了年月（和暦で記載すること）	年 月
ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表	有 ・ 無
ウ 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準の届出	有 ・ 無
エ ネットワークに係る掲示事項 (該当する場合、口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している

[記載上の注意]

- 「2」のウェブサイトへの掲示については、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。
- 「3」から「5」までは、電子的診療情報連携体制整備加算 1 若しくは 2 又は電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 を算定する場合に記載すること。

歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 中央滅菌部門において滅菌(病院の場合に限る) 3. 外部の業者において滅菌(業者名: )
1. に該当する場合は以下の事項について記載	
滅菌器	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績(該当する番号に○)

概 要	
1日平均患者数 (歯科訪問診療の患者を含む)	1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の8月に当該様式により実績について届出すること。

3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称である機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策(抗菌薬の適正使用を含む。))に関する研修の受講歴等(4年以内の受講について記入すること。)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

[記載上の注意]

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 3

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書添付書

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率

年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介され た患者の数②	紹介率 (= $\frac{\text{②}}{\text{①}} \times 100$ ) %
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 \_\_\_\_\_ 件

(3) 別の保険医療機関において初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯

歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72-2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

科診療特別対応加算1、2若しくは3又は歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

(4) 初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、2

年 月 ~ 年 月	歯科診療特別対応加算1、2又は3 _____ 名
	歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

又は3を算定している患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(II)、周術期等口腔機能管理料(III)又は周術期等口腔機能管理料(IV)のいずれかを算定した患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

(6) 回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

		概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用		
	2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌		
		3. 外部の業者において滅菌 (業者名: )	
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器認証番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌の実施回数	1. 1日1回	2. 1日2回	
	3. 1日3回以上5回未満	4. 1日5回以上	

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

		概 要	
1日平均患者数	1. 10人未満	2. 10人以上20人未満	
	3. 20人以上30人未満	4. 30人以上40人未満	
	5. 40人以上50人未満	6. 50人以上	

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。  
(歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース)

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策 (標準予防策及び新興感染症に対する対策 (抗菌薬の適正使用を含む。)) に関する研修の受講歴等 (4年以内の受講について記入すること。)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※ 4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

[記載上の注意]

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。

歯科外来診療医療安全対策加算 1  
 歯科外来診療感染対策加算 1  
 歯科外来診療感染対策加算 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（該当するものに○を付け、受理番号を記載すること）

<input type="checkbox"/>	歯科外来診療医療安全対策加算 1（2 及び 4 から 8 までの項目について記載）
<input type="checkbox"/>	歯科外来診療感染対策加算 1（2、3、9、10 の項目について記載）
<input type="checkbox"/>	歯科外来診療感染対策加算 2（2 及び 9 から 13 までの項目について記載）
歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診)	

※歯初診の施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 歯科医師又は歯科衛生士の氏名  
（歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと）

氏名	
1.	(歯科医師・歯科衛生士)
2.	(歯科医師・歯科衛生士)
3.	(歯科医師・歯科衛生士)
4.	(歯科医師・歯科衛生士)
5.	(歯科医師・歯科衛生士)

3 院内感染防止対策に係る研修を受けた者の配置状況及び研修の受講歴等  
（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

院内感染防止対策に係る研修を受けた者を 1 名以上配置している	<input type="checkbox"/>
受講者名	講習名（テーマ）

※ 1 歯科医師又は歯科衛生士以外で研修を受けた者を配置している場合に記入すること。

※ 2 研修については、院内で実施した場合でも差し支えない。

4 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 （常勤歯科医師名）	講習名（テーマ）	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できるものを保管すること。

5 医療安全管理者

氏名	職種

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の医療安全管理者について記載すること。

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）
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		
血圧計		
救急蘇生セット		
その他		

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 医療安全対策に係る体制

（①又は②のいずれかを記載すること）

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況

登録完了年月日	年 月 日
---------	-------

- ② 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	回／月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 回
研修の主な内容等	

9 院内感染管理者

氏名	職種

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

10 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

一般名称	装置の製品名	台数（セット数）
歯科用吸引装置		

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算2の届出を行う場合に記載すること。

11 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

受講者名 （常勤歯科医師名）	講習名（テーマ）	受講年月日	当該講習会の主催者

※研修の受講を確認できるものを保管すること。

12 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

（適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。）

当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である	□
当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している	□
新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している	□
事業継続計画の策定年月日	年 月 日

13 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
その他	

※病院である医科歯科併設の保険医療機関であって、当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 1 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。

歯科外来診療医療安全対策加算2

歯科外来診療感染対策加算3

歯科外来診療感染対策加算4

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○を付け、該当する受理番号を記載すること）

<input type="checkbox"/>	歯科外来診療医療安全対策加算2（2から7までの項目について記載）
<input type="checkbox"/>	歯科外来診療感染対策加算3（2、8、9の項目について記載）
<input type="checkbox"/>	歯科外来診療感染対策加算4（2及び8から12までの項目について記載）
地域歯科診療支援病院歯科初診料	
受理番号：(病初診) _____	

※病初診の施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

- 2 歯科医師、歯科衛生士又は看護職員の氏名等  
（歯科衛生士又は看護職員を○で囲むこと）

歯科医師氏名	歯科衛生士又は看護職員氏名
1.	1. (歯科衛生士・看護職員)
2.	2. (歯科衛生士・看護職員)
3.	3. (歯科衛生士・看護職員)

- 3 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名(テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※研修の受講を確認できるものを保管すること。

- 4 医療安全管理者

氏名	職種

※歯科の外来診療部門に配置されている医療安全管理者を記載すること。

- 5 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		
血圧計		
救急蘇生セット		
その他		

6 緊急時の対応体制

緊急時の連絡体制方法等	
-------------	--

7 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____回/月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

8 院内感染管理者

氏名	職種

※歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

9 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

一般名称	装置の製品名	台数（セット数）
歯科用吸引装置		

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算4の届出を行う場合に記載すること。

10 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

受講者名 （常勤歯科医師名）	講習名（テーマ）	受講年月日	当該講習会の主催者

※研修の受講を確認できるものを保管すること。

11 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

(適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。)

当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である	□
当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している	□
新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している	□
事業継続計画の策定年月日	年 月 日

12 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
その他	

※当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 1 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)、(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(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  
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年 月 日
--	----------------------------	-------

(2) 歯科診療特別対応加算を算定している外来患者の月平均患者数が十人以上である保険医療機関

	初診料の注6、再診料の注4の歯科診療特別対応加算1、2又は3を算定している患者の数	
	届出前3月間 年 月 ~ 年 月	_____名 (月平均_____名)

(注) 令和6年5月31日以前の算定については、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算の算定回数を合計して差し支えない。

2 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)		
酸素		
救急蘇生セット		

3 別の医科診療の保険医療機関(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

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時に連携する医科診療の保険医療機関

① 名 称	
② 所 在 地	
③ 開 設 者 氏 名	
④ 担 当 医 師 名	
⑤ 調 整 担 当 者 名	
⑥ 連 絡 方 法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

6 連携する歯科診療を担当する他の保険医療機関

① 名 称		
② 所 在 地		
③ 開 設 者 氏 名		
④ 担当歯科医師名		
⑤ 調整担当者名		
⑥ 連絡方法		

様式 4 の 3

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる  
 情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療体制等

要件	該当
(1) 「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」 （以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う 体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
(2) 対面診療を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>

2 患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 担当歯科医師名	

3 歯科医師の配置状況

配置歯科医師の 氏名	経験等	研修修了番号/ 受講番号等	研修修了年月日
	<input type="checkbox"/>	情報通信機器を用いた 歯科診療を実施する 歯科医師が、歯科 オンライン指針に定め る「厚生労働省が 定める研修」を修了 している	

[記載上の注意]

- には適合する場合「✓」を記入すること。
- 「3」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。

医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制(新規)

1 医師の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況  
 (新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。)

医師事務作業補助体制加算1	
新規届出	<input type="checkbox"/>
既届出	<input type="checkbox"/>
届出年月日	年 月 日
加算区分	対1補助体制加算
医師事務作業補助体制加算2	
新規届出	<input type="checkbox"/>
既届出	<input type="checkbox"/>
届出年月日	年 月 日
加算区分	対1補助体制加算
処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	
新規届出	<input type="checkbox"/>
既届出	<input type="checkbox"/>
届出年月日	年 月 日
加算区分	対1補助体制加算
休日の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	
新規届出	<input type="checkbox"/>
既届出	<input type="checkbox"/>
届出年月日	年 月 日
加算区分	対1補助体制加算

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項  
 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

年 月 日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況	
(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	
ア 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者の氏名	
イ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者の職種	
ウ 医師の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) <input type="checkbox"/> その他の場合 (具体的に記載)
(イ) ICT機器等を導入する場合の負担感の把握方法 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> 業務の負担感に関する質問調査による把握 <input type="checkbox"/> 勤務時間データによる比較 <input type="checkbox"/> その他の場合 (具体的に記載)
(ウ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他の場合 (具体的に記載)
(エ) 勤務時間	平均週 _____ 時間 うち、時間外・休日 _____ 時間
(オ) 当直回数	平均月当たり当直回数 _____ 回
(カ) その他 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> 上記の勤務体系の職員への周知
エ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年 うち、管理者が出席した回数 _____ 回 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種( )
オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知
カ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 )
(2) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容	
ア 必ず計画に含むもの	
医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 (該当するすべての□に✓を記入すること)	<input type="checkbox"/> 初診時の予診の実施 <input type="checkbox"/> 静脈採血等の実施 <input type="checkbox"/> 入院の説明の実施 <input type="checkbox"/> 検査手順の説明の実施 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)
イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たって	

は、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

<input type="checkbox"/> ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
<input type="checkbox"/> ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
<input type="checkbox"/> ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。
<input type="checkbox"/> ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
<input type="checkbox"/> ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
<input type="checkbox"/> ⑥ 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を活用した短時間正規雇用医師の活用

〔記載上の注意〕

- 1 医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 2(1)ウ(エ)勤務時間及び(オ)当直回数算出に当たっては、常勤の医師及び週23時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 3 各加算の変更の届出にあたり、直前に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。
- 4 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

## 栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 栄養サポートチームに係る構成員

区 分	氏 名	勤務形態	区 分
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		常勤・常勤換算	専従・専任
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		常勤・常勤換算	専従・専任
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		常勤・常勤換算	専従・専任
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		常勤・常勤換算	専従・専任
オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載)			

注2に規定する点数を算定する場合

2 栄養管理に係る回診

1日当たり 平均症例数	
概ね	症例

[記載上の注意]

- 1 「1」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写し(研修の名称、実施主体、終了日及び修了者の氏名を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 2 当該栄養サポート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 栄養サポートチームが、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。
- 4 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 5 注2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。
- 6 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」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40の4

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算 1
<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算 2
<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算 3

2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

7 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導に対する実績  
（病棟薬剤業務実施加算 1 のみ）

薬剤総合評価調整加算算定回数（直近 3 か月）	<input type="checkbox"/> 10回以上
退院時薬剤情報管理指導料算定割合（直近 3 か月）	<input type="checkbox"/> 4 割以上

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟入院料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 3 「4」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。
- 4 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 5 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 6 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。
- 7 「7」については、病棟薬剤業務実施加算 1 を届け出る場合にのみ記載すること。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 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

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出書添付書類

基本診療料の施設基準通知の第3の1 (3)及び(4)を満たさなくなった施設 基準 (該当するすべての□に「✓」を記入する こと。)	<input type="checkbox"/>	1日当たり勤務する看護要員の数に対する看護 師の比率
	<input type="checkbox"/>	看護要員の数と入院患者の比率
	<input type="checkbox"/>	看護職員の数に対する看護師の比率
上記を満たさなくなったやむを得ない事情 の概要		
報告の対象となった最初の月(和暦で記載すること。)	年 月	
これまでのやむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出状況		
今回の届出より以前に届出を行ったことがある (該当するいずれか1つを○で囲むこと。)	1:該当する 2:該当しない	
「1」の場合、報告の対象となった最初の月 (和暦で記載すること。)	年 月	
看護 職員 の配 置の 状況 等	① 特例を使用する病棟の入院料	
	② ①の病棟の看護配置区分	
	③ ①の病棟の届出病床数	床
	④ ①の病棟の1日平均入院患者数[1か月]	
	報告対象前月の1か月	人
	報告対象初月の1か月	人
⑤ ①の病棟の月平均1日当たり看護職員数 [報告対象初月の1か月]	人	
⑥ ①の病棟の常勤換算看護職員数 [報告対象初月の翌月の1日]	人	
看護職員の確保に係る取組の状況 (該当するすべての□に「✓」を記入する こと。)	<input type="checkbox"/>	職業安定法(昭和22年法律第141号)第8条に定 める公共職業安定所の活用
	<input type="checkbox"/>	職業安定法(昭和22年法律第141号)第33条に定 める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介 事業の活用
民間職業紹介事業者の利用状況		
民間職業紹介事業者の利用 (該当するいずれか1つを○で囲むこと。)	1:該当する 2:該当しない	
医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認 定制度による適正認定事業者の利用 (該当するいずれか1つを○で囲むこと。)	1:該当する 2:該当しない	

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。