

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1の2	遠隔電子処方箋活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の4
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、6の3、6の5	院内トリアージ実施体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の1の2
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5	救急外来医学管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急時医療情報取得加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の4
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	外来データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10,7の11,7の12
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

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	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
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	充実管理加算	<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
7の3	心不全再入院予防継続管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の5
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注5に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
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
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5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
13の3	歯科疾患管理料の注12に規定する特別管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の3
13の4	口腔機能実地指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の4
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19, 19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））
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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	7の10, 7の11, 7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	□	□ 年 月	□	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	□	□ 年 月	□	20の1の3
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	□	□ 年 月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□ 年 月	□	20の3
16の2	専門管理加算	□	□ 年 月	□	20の3の3
16の2	訪問看護医療DX情報活用加算	□	□ 年 月	□	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	□	□ 年 月	□	20の3の5
16の2	訪問看護医療情報連携加算	□	□ 年 月	□	20の3の6
16の2の2	訪問看護遠隔診療補助料	□	□ 年 月	□	20の3の7
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□ 年 月	□	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□ 年 月	□	20の7
16の4の3	在宅自己腹膜灌流指導管理料2	□	□ 年 月	□	20の1の4
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	別添2の2
16の7	持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算	□	□ 年 月	□	20の12
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□ 年 月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□ 年 月	□	20の10, 52
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	□	□ 年 月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□ 年 月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□ 年 月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注16に規定する基準	□	□ 年 月	□	21の3の2
18の1の2	遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	23
18の1の2	遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	23
18の1の3	染色体検査の注2に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	23の1の2, 52
18の1の4	骨髓微小残存病変量測定	□	□ 年 月	□	23の2
18の1の5	BRCA1/2 遺伝子検査	□	□ 年 月	□	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	□	□ 年 月	□	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□ 年 月	□	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	□	□ 年 月	□	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	□	□ 年 月	□	23の7
18の1の14	抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74（AAVrh74）抗体	□	□ 年 月	□	23の7
18の1の15	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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	□	□ 年 月	□	22の3
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□ 年 月	□	22の3
18の2の5	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	□	□ 年 月	□	22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））
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
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
23	人工臓器検査	<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	経頸静脈の肝生検	<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（MR I 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2の2	壁側胸膜凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	<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

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））
32	遠隔画像診断	□	□ 年 月	□	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又はPSMA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	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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（PSMAイメージング剤を用いた場合に限る。）	□	□ 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
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	□	□ 年 月	□	37の2, 52
35の3	外傷全身CT加算	□	□ 年 月	□	38
36	心臓MRI撮影加算	□	□ 年 月	□	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	□	□ 年 月	□	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	□	□ 年 月	□	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	□	□ 年 月	□	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	□	□ 年 月	□	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	□	□ 年 月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□ 年 月	□	38の2
36の3	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	□	□ 年 月	□	38の3
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, 44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□ 年 月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□ 年 月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	□	□ 年 月	□	44の4

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））
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	4, 44の5
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	心理支援加算	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	児童思春期支援指導加算	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	早期診療体制充実加算	□	□ 年 月	□	44の5の3
47の7	情報通信機器を用いた精神療法	□	□ 年 月	□	44の5の3
47の7	通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	44の5の5
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□ 年 月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□ 年 月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□ 年 月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□ 年 月	□	4, 45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
53	精神科ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	4, 46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□ 年 月	□	4, 47
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	□	□ 年 月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	□	□ 年 月	□	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□ 年 月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□ 年 月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□ 年 月	□	48の6, 52
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49
57	イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□ 年 月	□	87の4
57の2	導入期加算	□	□ 年 月	□	2の2
57の2	透析液水質確保加算	□	□ 年 月	□	49の3
57の2	慢性維持透析濾過加算	□	□ 年 月	□	49の3
57の2	腎代替療法診療体制充実加算	□	□ 年 月	□	2の2
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	49の3の4
57の2の4の2	ストーマ合併症加算	□	□ 年 月	□	49の10
57の2の5	人工膵臓療法	□	□ 年 月	□	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□ 年 月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□ 年 月	□	49の4の2, 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））
57の4の2の2	同種死体移植腎機械灌流保存	□	□ 年 月	□	49の4の3
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□ 年 月	□	4, 49の6, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□ 年 月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□ 年 月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的高洞形成加算	□	□ 年 月	□	50
57の5の2	歯科技工士連携加算 1	□	□ 年 月	□	50の2の2
57の5の3	歯科技工士連携加算 2	□	□ 年 月	□	50の2の2
57の5の4	光学印象	□	□ 年 月	□	50の2
57の6	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	□	□ 年 月	□	50の2
57の7	3次元プリント有床義歯	□	□ 年 月	□	50の3の2
57の7の2	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□ 年 月	□	52, 87の6
57の8の3	自家脂肪注入	□	□ 年 月	□	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（内視鏡下によるものを含む。））・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□ 年 月	□	50の5
57の9の1の2	静脈奇形硬化療法（一連につき）	□	□ 年 月	□	50の5の1の2
57の9の2	処理骨再建加算	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	52, 87の53
57の9の3の3	脛骨遠位骨切り術	□	□ 年 月	□	50の5の4, 52
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。）））	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	50の6, 52
57の10の1の2	人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）	□	□ 年 月	□	50の6の2, 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）	□	□ 年 月	□	52, 87の54
57の10の1の3	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□ 年 月	□	50の6の3, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□ 年 月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□ 年 月	□	51, 52
58の1の2	緊急穿頭血腫除去術	□	□ 年 月	□	87の55
58の1の3	機能的定位脳手術（てんかんの場合）	□	□ 年 月	□	51の1の2, 52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□ 年 月	□	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	87の26
58の5	脳血栓回収療法連携加算	□	□ 年 月	□	87の56
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	53

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））
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□ 年 月	□	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	□	□ 年 月	□	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。））	□	□ 年 月	□	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□ 年 月	□	52, 54の2の2
60の3の3	培養ヒト角膜内皮細胞移植術	□	□ 年 月	□	52, 54の2の3
60の4	羊膜移植術	□	□ 年 月	□	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））	□	□ 年 月	□	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））	□	□ 年 月	□	52, 54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	52, 54の8
60の6の4	経皮的選択的眼動脈注入術	□	□ 年 月	□	54の4の2
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）	□	□ 年 月	□	52, 54の5
60の8	網膜再建術	□	□ 年 月	□	52, 54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	52, 55
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	52, 54の7
61の2の2の2	上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 56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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	52, 56の3
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。）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（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	□	□ 年 月	□	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	52, 56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））
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（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□ 年 月	□	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）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	52, 87の8
61の7の1の2	気管支バルブ留置術	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	52, 87の51
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
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	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□ 年 月	□	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）	□	□ 年 月	□	87の9
62の2の6	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	87の10の3
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の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）	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の3	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの）	□	□ 年 月	□	59の1の2
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□ 年 月	□	52, 59の2, 59の2の2
63の3の2	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 59の2の3
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□ 年 月	□	52, 87の12
63の4の2	経皮的三尖弁クリップ術	□	□ 年 月	□	52, 59の2の4
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 59の3
63の5の1の2	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	□	□ 年 月	□	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。）	□	□ 年 月	□	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	□	□ 年 月	□	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□ 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, 52
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	大動脈内バルーンポンピング法（IABP法）	□	□ 年 月	□	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））
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）（設置する場合）	□	□ 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1の3	腎神経焼灼術	□	□ 年 月	□	65の3の2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（後腹膜）	□	□ 年 月	□	52, 65の4の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	□	□ 年 月	□	別添2の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	□	□ 年 月	□	87の33
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の5
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5の2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 65の5の2
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1の2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 65の5の4
72の7の1の3	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術	□	□ 年 月	□	52, 65の5の3
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	体外衝撃波胆石破砕術	□	□ 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

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2	体外衝撃波膀胱石破碎術	□	□ 年 月	□	66
75の3	腹腔鏡下膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膀胱尾部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膀胱尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膀胱頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膀胱中央切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膀胱頭部腫瘍切除術（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	同種死体膀胱移植術、同種死体膀胱腎移植術	□	□ 年 月	□	57
76の2	同種死体膀胱島移植術	□	□ 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・尿管結石破碎術	□	□ 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
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

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2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52,87の19
78の3の1の2	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71の6
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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	52,71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸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"/>	<input type="checkbox"/>	52,71の5
78の3の3	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	52,87の20
79の1の2	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の20の2
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"/>	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4.
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	87の52
79の7	外科医療確保特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の67
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシテート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	49の9
80の12	内視鏡手術用支援機器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73の4
81	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75の4
81の2	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75

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））
81の3	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2及び81の3	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4	歯科麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の2
81の5	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の5
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	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）	<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
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
84の10	国際標準病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
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・医薬品供給対応体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の1, 87の3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））
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
94	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
93	バイオ後続品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の7
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	電子的調剤情報連携体制整備加算	<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
97の2	服薬管理指導料の注1_かかりつけ薬剤師	<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
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
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
108	歯科技工所ベースアップ支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	101
109	調剤ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	103

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、8の2、11の4、13の5、14、18の2、20の5、20の8、24の2、44の5の4、49の5、65、65の2、68、68の2、72、74の2、86、87の3の3、87の10の2、87の40、87の41、91、93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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><input type="checkbox"/> 糖尿病合併症管理料</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※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 style="text-align: right;">(※腹リ傍大第 号)</td> </tr> </table> <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 style="text-align: center;">開設者名</p> <p style="text-align: center;">殿</p>			<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)	(※腹リ傍大第 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)	(※腹リ傍大第 号)															
<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>																

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		
			{ 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。
- 5 外科医療確保特別加算を届け出る場合には、備考に所属の診療科名を記入すること。

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。

様式5の3

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]

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

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄
1 緩和ケアに係るチーム（選択式の場合、該当するいずれか1つを○で囲むこと）	
ア 身体症状の緩和を担当する医師	
氏名	
経験年数	年
勤務時間	時間
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：緩和ケア研修会等 2：緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等 3：基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
兼務	1： 緩和ケア病棟入院料 2： 緩和ケア診療加算 3： 小児緩和ケア診療加算
イ 精神症状の緩和を担当する医師	
氏名	
経験年数	年
勤務時間	時間
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：緩和ケア研修会等 2：緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等 3：基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
兼務	1： 緩和ケア病棟入院料 2： 緩和ケア診療加算 3： 小児緩和ケア診療加算
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師	
氏名	
経験年数	年
勤務時間	時間
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：緩和ケア研修会等 2：緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等 3：基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
兼務	1： 緩和ケア病棟入院料 2： 緩和ケア診療加算 3： 小児緩和ケア診療加算

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師	
氏名	
経験年数	年
勤務時間	時間
経験年数	年
勤務形態	1 : 常勤 2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従 2 : 専任
研修受講	1 : 緩和ケア研修会等 2 : 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等 3 : 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
兼務	1 : 緩和ケア病棟入院料 2 : 緩和ケア診療加算 3 : 小児緩和ケア診療加算
注4に規定する点数を算定する場合	1 : 該当 2 : 非該当
2. 症状緩和に係るカンファレンス	
開催頻度	回/週
構成員1 氏名	
構成員1 職種	
構成員2 氏名	
構成員2 職種	
構成員3 氏名	
構成員3 職種	
構成員4 氏名	
構成員4 職種	
構成員5 氏名	
構成員5 職種	
3. 患者に対する情報提供	

[記載上の注意]

- 「1」のA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研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。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A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「1：緩和ケア病棟入院料」を○で囲むこと。
- 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「2：緩和ケア診療加算」を、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「3：小児緩和ケア診療加算」を、それぞれ○で囲むこと。
- 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。

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)	

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に係る事項 (該当する職員について、1名以上記載すること。)		
職員 1	氏名	
	職種	1 : 看護師 2 : 社会福祉士 3 : 精神保健福祉士 4 : 公認心理師
	<input type="checkbox"/> 研修の修了	
職員 2	氏名	
	職種	1 : 看護師 2 : 社会福祉士 3 : 精神保健福祉士 4 : 公認心理師
	<input type="checkbox"/> 研修の修了	
職員 3	氏名	
	職種	1 : 看護師 2 : 社会福祉士 3 : 精神保健福祉士 4 : 公認心理師
	<input type="checkbox"/> 研修の修了	
職員 4	氏名	
	職種	1 : 看護師 2 : 社会福祉士 3 : 精神保健福祉士 4 : 公認心理師
	<input type="checkbox"/> 研修の修了	

[記載上の注意]

- 1 研修を修了している場合は、「研修の修了」欄を選択すること。
- 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。

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)

$$\left(\begin{array}{c} \text{開放型病院に入院した患者の診療を担当している} \\ \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \end{array} \right) \% = \left(\begin{array}{c} \text{名} \end{array} \right) \div \left[\left(\begin{array}{c} \text{床} \end{array} \right) \times 30 \text{日間} \right]$$

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

項目	記入欄	
1. 在宅医療DX情報活用加算の届出区分 (該当区分に○をつけること)	加算1 ・ 加算2	
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての□に「✓」を記入すること。)	1	<input type="checkbox"/> 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を使用した診療報酬請求を行っている
	2	<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
	3	<input type="checkbox"/> 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	<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により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
	5	<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
	6	<input type="checkbox"/> 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・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
	7	<input type="checkbox"/> 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]

- 1 「2」の「4」については、当該加算1を算定する場合に記載すること。
- 2 「2」の「5」については、当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。
- 3 「2」の「7」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。

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。

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:

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月…		術後1年…		術後3年…					
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日…		×月×日…							
医療機関		A	B	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											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 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。
- 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必要な項目を削除して作成すること。
- 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、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。

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

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 17

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 歯周病継続支援治療、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 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。）、口腔機能実地指導料、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料 3 の算定回数	回
---	---

※ ①について、令和 8 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算の算定回数を合計して差し支えない。

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

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

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、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の受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑨ 学校歯科医等の業務を行っている	(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 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		

特別管理加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1. 障害者歯科治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有し、障害者歯科治療を60症例以上経験している歯科医師を1名以上配置していること	
歯科医師名 1	
症例数	症例
歯科医師名 2	
症例数	症例
歯科医師名 3	
症例数	症例
2. 過去に障害を有する患者に対する歯科診療の補助を60症例以上経験している歯科衛生士を1名以上配置していること。	
歯科衛生士 1	
歯科衛生士名	
症例数	症例
歯科衛生士 2	
歯科衛生士名	
症例数	症例
歯科衛生士 3	
歯科衛生士名	
症例数	症例
3. 障害者歯科診療のみを行う専用の歯科用ユニットが設けられていること。	
障害者歯科診療のみを行う専用の歯科用ユニット数	台
4. 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき、経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）及び血圧計等を有していること。	
装置・器具等の製品名	
台数	台
5. 地方自治体と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。	
連携する地方自治体名	
連携する歯科を標榜する病院名 （歯科診療所のみ記載）	

口腔機能実地指導料の 施設基準に係る届出書添付書類

1. 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が1名以上配置されていること。

受講者 1	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 2	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 3	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 4	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 5	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	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

2. 歯科用ユニットを複数設置している等、口腔機能の指導が専念できる設備を有していること。

歯科用ユニット数の保有数	台
--------------	---

3. 口腔機能実地指導を行う歯科衛生士の処遇の改善に係る取組を行っていること。（該当する項目に記載。）

当該加算が連携する歯科衛生士への手当や福利厚生等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
当該加算が歯科衛生士の勤務環境の改善等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
その他行っている取組	

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
施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するいずれか 1 つを○で囲むこと)	1 : 在宅療養支援歯科診療所 1 2 : 在宅療養支援歯科診療所 2 3 : 在宅療養支援歯科病院
-------------------------------	--

1. 歯科訪問診療の割合(届出前 1 月間の実績)

①歯科訪問診療料を算定した人数	人
②外来で歯科診療を提供した人数	人
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)/・・・(A)	

※ 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延べ人数を記載すること。

2. 歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行う場合(次のいずれかに該当すること。)

① 直近 1 か月に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定していること。	
歯科訪問診療 1、2 又は 3 の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
② 直近 1 か月に歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上であること。	
①歯科訪問診療 2 から 5 までの算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 (届出前 1 月間の実績)	回
②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
③ 直近 1 か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない

在宅療養支援歯科診療所2の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である こと。 (在宅療養支援歯科診療所1、2又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合)	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対し て歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施 設である	1：満たしている 2：満たしていない

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請によ り歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療によ る歯科治療が困難な患者の受入れ (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問 診療を算定した回数の割合が6割以上であること。	
①歯科訪問診療2から5までの算定回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数 が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療 を算定した回数の割合が6割以上である	1：満たしている 2：満たしていない
③ 直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管 理料を合計10回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 の算定回数 (届出前1月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 を合計5回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である こと。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対し て歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施 設である	1：満たしている 2：満たしていない

※ 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」のう
ち、歯科訪問診療1、2又は3に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講者 1	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 2	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 3	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	

※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む。)、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等

歯科衛生士 1	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
歯科衛生士 2	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
歯科衛生士 3	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤

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

担当者数		人
担当者 1		
担当者名		
職種		
担当者 2		
担当者名		
職種		
担当者 3		
担当者名		
職種		

(2) 歯科訪問診療体制

担当医数		人
担当医名		

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 1	
施設名	
回数	回
依頼元 2	
施設名	
回数	回
依頼元 3	
施設名	
回数	回
合計回数	回

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

① 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出席	
会議等の名称	
② 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	
③ 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	
④ 次のうち該当する項目に、算定件数（届出前1年間）を記載する。	
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（1から3までに限る。）	件
退院時共同指導料 1	件
医科連携訪問加算	件
在宅歯科医療連携加算 1	件
在宅歯科医療連携加算 2	件
小児在宅歯科医療連携加算 1	件
小児在宅歯科医療連携加算 2	件
在宅歯科医療情報連携加算	件
在宅患者連携指導料	件
在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能

①在宅療養支援歯科診療所1又は2の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。	
医療機関の名称	
所在地	
連絡先	
②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。	
在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している	1：満たしている 2：満たしていない

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

9. 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

① 保険医療機関名	
② 保険医療機関名	
③ 保険医療機関名	
④ 保険医療機関名	
⑤ 保険医療機関名	

10. 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

① 歯科訪問診療1		人
② 歯科訪問診療2		人
③ 歯科訪問診療3		人
④ 歯科訪問診療4		人
⑤ 歯科訪問診療5		人
歯科訪問診療1の算定割合 ① / (①+②+③+④+⑤)		

※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。

11. 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

① 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
② 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
⑤ 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年

12. 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

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 ポータブルユニット		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		
③ 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		

※ 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. 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げるのうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）

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。

在宅医療情報連携加算及び在宅歯科医療情報連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 ICTを用いて情報共有をできる体制について

情報共有に使用するサービスの名称（主なもの）	
------------------------	--

（該当するものに○をつけること。）

<input type="checkbox"/>	記録された利用者の診療情報等が、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
<input type="checkbox"/>	情報を共有できる参加者の範囲を随時設定できること。
<input type="checkbox"/>	参加者が、情報を常時、閲覧・取得ができ、利用者ごとに時系列で速やかに表示されること。
<input type="checkbox"/>	参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。

（連携機関の名称、種類、住所を記載すること。）

1	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
2	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
3	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
4	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
5	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
6	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
7	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
8	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
9	連携機関の名称	
	種類	
	住所	

2 安全管理及び掲示に関する体制（該当するものに○をつけること。）

<input type="checkbox"/>	(1) 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（HISPRO）が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSにかかる事項を参考としていること。
<input type="checkbox"/>	(2) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考としていること。
<input type="checkbox"/>	(3) 連携機関と連携体制を構築していること及び実際に利用者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
<input type="checkbox"/>	(4) (3)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。 (掲載しているウェブサイトのURL：)

〔記載上の注意〕

- 1 連携機関の種類については、保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者、市町村等の行政機関又は地域包括支援センター又はその他のいずれかを記載すること。
- 2 連携機関と連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。

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 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	

様式 21 の 3 の 2

歯科訪問診療料の注 16 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 $\frac{①}{①+②} = \text{_____} \dots (A)$

※ (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 16 「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」、注 20 「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

様式23の4

〔がんゲノムプロファイリング検査
遺伝性疾患療養指導管理料の注5〕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 当該医療機関で実施した検査のうちエキスパートパネルを省略した件数	件
13 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
14 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「14」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、「B011-5」がんゲノムプロファイリング評価提供料における留意事項の（1）に基づいてエキスパートパネルを省略する場合又は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「14」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。

〔 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 歯科画像診断管理加算の届出年月日	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。

有床義歯咀嚼機能検査
施設基準に係る届出書添付書類

1. 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師 1	
歯科医師名	
経験年数	年
歯科医師 2	
歯科医師名	
経験年数	年
歯科医師 3	
歯科医師名	
経験年数	年

2. 当該検査に係る医療機関の体制状況等

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	

※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。

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。

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出を行う区分 (該当するもの1つに○をすること。)</p>	<p>1：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1 2：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2 3：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3</p>								
<p>2 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備</p> <table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr> <td style="width:30%; vertical-align: top;"> <p>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</p> </td> <td style="width:70%;"></td> </tr> </table>		<p>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</p>							
<p>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</p>									
<p>3 医薬品の使用状況</p> <table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr> <td style="width:60%;">届出前1月(該当年月)</td> <td style="width:40%; text-align: center;">年 月</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 後発医薬品の規格単位数量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③ 後発医薬品の割合(②/①)</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> </table>		届出前1月(該当年月)	年 月	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 後発医薬品の割合(②/①)	%
届出前1月(該当年月)	年 月								
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 後発医薬品の割合(②/①)	%								
<p>4 医薬品の供給に係る体制</p> <table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr> <td style="width:60%;"> <p>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 (該当するもの1つに○をすること。)</p> </td> <td style="width:40%;"> <p>1：有 2：無</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>医薬品の単品単価交渉の状況</p> </td> <td> <p><input type="checkbox"/> 原則全ての品目について実施</p> </td> </tr> </table>		<p>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 (該当するもの1つに○をすること。)</p>	<p>1：有 2：無</p>	<p>医薬品の単品単価交渉の状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 原則全ての品目について実施</p>				
<p>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 (該当するもの1つに○をすること。)</p>	<p>1：有 2：無</p>								
<p>医薬品の単品単価交渉の状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 原則全ての品目について実施</p>								

〔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、「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について(令和8年3月5日保医発0305第12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。

- 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の実験を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 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針の整備（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11 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）
12 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）
13 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。

無菌製剤処理料に係る施設基準の届出書添付書類

項目	記入欄
1 薬剤師の配置	
薬剤師 1	
薬剤師の氏名	
勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
勤務時間	時間
備考	
薬剤師 2	
薬剤師の氏名	
勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
勤務時間	時間
備考	
薬剤師 3	
薬剤師の氏名	
勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
勤務時間	時間
備考	
薬剤師 4	
薬剤師の氏名	
勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
勤務時間	時間
備考	
2 無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積	平方メートル
3 無菌処理施設	
種類（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：無菌室 2：クリーンベンチ 3：安全キャビネット
形式・規格	
空気清浄度、集塵効率等	
台数等	例
4 無菌製剤処理用器具・備品等の一覧	

【記載上の注意】

- 「1」は、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記載すること。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。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<p>届出区分</p> <p>※ 該当する項目について、記入欄に●を記入すること</p>	記入欄	
	<input type="radio"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="radio"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
	<input type="radio"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="radio"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
	<input type="radio"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="radio"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
	<input type="radio"/> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	
	<input type="radio"/> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	

施設基準における、配置職員情報			記入欄	
<p>従事者数</p> <p>※ 該当する従事者がいない場合は、0を入力する</p>	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	経験を有する従事者	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
<p>研修を修了した従事者</p> <p>※ 運動器リハビリテーション料を届け出る場合で、対象者がいる場合は入力する。</p>	従事者 1	氏名		
		職種		
		終了した研修名		
	従事者 2	氏名		
		職種		
		終了した研修名		
	従事者 3	氏名		
		職種		
		終了した研修名		

様式43

- ・ 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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

難病患者リハビリテーション

施設基準における、配置職員情報			記入欄	
従事者数 ※ 該当する従業員がいない場合は、0を入力する	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	看護師	常勤	専従	人
	理学療法士	常勤	専従	人
	作業療法士	常勤	専従	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人

専用施設及び器具等		
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	m ²
	患者一人当たりの面積	m ²
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 訓練マットとその付属品 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 各種杖 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具（角度計、握力計等） <input type="checkbox"/> その他（ ）

障害児（者）リハビリテーション

施設基準における、配置職員情報			記入欄	
従事者数 ※ 該当する従業員がいない場合は、0を入力する ※ 看護師を常勤換算とする場合は、 該当者全員の経験年数を記入すること ※ 言語聴覚療法を実施する場合は、 言語聴覚士の人数も記入すること	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	看護師	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
		リハビリテーションの経験年数 ※ 小数点以下切り捨て		年
	リハビリテーションの経験年数 ※ 小数点以下切り捨て		年	
リハビリテーションの経験年数 ※ 小数点以下切り捨て		年		
言語聴覚士	常勤	専従	人	
	非常勤	専従（常勤換算）	人	

専用施設及び器具等		
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	m ²
	個別療法室 ※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること	m ²
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 訓練マットとその付属品 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 各種杖 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具（角度計、握力計等） <input type="checkbox"/> その他（ ）

障害児(者) リハビリテーションの届出を行う施設一覧 ※ 該当する□に✓を入れること
<input type="checkbox"/> 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
<input type="checkbox"/> 児童福祉法第7条第2項に規定する指定発達支援医療機関
<input type="checkbox"/> 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

【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 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。

※ 以下は障害児(者)リハビリテーション料を届ける場合において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。

患者数算出期間 ※ 届出の直近1か月の期間を和暦で記載すること	
令和	年 月 日 ~ 令和 年 月 日
外来リハビリテーションを実施した患者(延べ人数)	A 名
上記のうち、障害児(者)に該当する患者(延べ人数)	B 名
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の外来において、疾患別リハビリテーション料等(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。

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3の施設基準に係る届出書添付書類

届け出る加算 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	1 : 摂食嚥下機能回復体制加算 1 2 : 摂食嚥下機能回復体制加算 2 3 : 摂食嚥下機能回復体制加算 3
-------------------------------	--

摂食嚥下機能回復体制加算 1 又は 2 を届け出る場合は、摂食嚥下支援チームについて、以下の欄を記入すること。

専任の常勤医師又は常勤歯科医師	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	医師 ・ 歯科医師
専任の常勤看護師又は常勤言語聴覚士	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	看護師 ・ 言語聴覚士
	専任の常勤看護師の場合は記載すること。	
	適切な研修 (※)	修了 ・ 未修
	経験年数	年
専任の常勤管理栄養士	氏名	

摂食嚥下機能回復体制加算 3 を届け出る場合は、加算に専任の職員について、以下の欄を記入すること。

専任の常勤職員	氏名	
	職種 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。)	医師 ・ 看護師 ・ 言語聴覚士

[添付文書]

※について、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。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して差し支えない。

摂食嚥下機能回復体制加算 1 又は 3 の施設基準に係る届出書添付書類

<p>届け出る加算 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。既にいずれかの加算を届け出ており、別の加算を届け出る場合は、新規に届け出る加算についてのみ○すること。)</p>	<p>摂食嚥下機能回復体制加算 1 摂食嚥下機能回復体制加算 3</p>
---	---

経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者の実績

<p>対象とする期間 (1月から12月までの1年間) (※1) (和暦)</p>	<p>～ 年 月 日</p>
---	----------------

実績に係る経口摂取回復率 (摂食嚥下機能回復体制加算 1 の場合)

<p>① 他の医療機関から転院してきた人工栄養 (※2) を実施している患者のうち、対象期間に自院で摂食機能療法を実施した患者の数</p>	人
<p>② ①のうち、以下のいずれか1つ以上に該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工栄養を開始した日から1年以内に死亡した患者のうち、死亡時まで経口摂取のみの栄養方法を行う状態 (※3) に回復しなかった患者 ・ 人工栄養を開始した日から1か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・ 転院時点で、人工栄養を開始した日から1年以上経過が経過していた患者 ・ 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合 (※4) であって、転院後、実績の対象期間中に胃瘻を造設した日から1年以上が経過した患者 	人
<p>③ ①の患者 (②に該当する患者を除く) のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者</p>	人
<p>④ 対象期間に自院で人工栄養を開始した患者</p>	人
<p>⑤ ④のうち、以下のいずれかに1つ以上に該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工栄養を開始した日から1年以内に死亡した患者のうち、死亡時まで経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復しなかった患者 ・ 人工栄養を開始した日から1か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・ 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合であって、摂食機能療法を行っていない患者 	人
<p>⑥ ④の患者 (⑤に該当する患者を除く) のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者</p>	人
<p>経口摂取のみによる栄養方法に回復した患者の割合 (35%以上) $\frac{\text{③} + \text{⑥}}{\{ (\text{①} - \text{②}) + (\text{④} - \text{⑤}) \}}$</p>	%

実績に係る患者数等（摂食嚥下機能回復体制加算3の場合）

療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者における、以下の患者の人数	
ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者	人
イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態（※4）に回復した者	人
合計（ア＋イ）（2名以上）	人

【記載上の注意事項】

- ※1 実績の対象とする期間は、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 人工栄養とは、鼻腔栄養、胃瘻による栄養投与、中心静脈栄養をいう。
- ※3 経口摂取のみの栄養方法を行っている状態とは、以下のいずれかをいい、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。
 - ・ 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か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - ・ 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。
 - ・ 中心静脈栄養を実施している患者にあつては、中心静脈栄養を終了した上で、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。
- ※4 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合とは、以下のいずれかのことをいう。
 - ・ 消化器疾患等の患者であつて、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
 - ・ 炎症性腸疾患の患者であつて、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であつた患者
 - ・ 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つた患者

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

リハビリテーションの届出		記入欄
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√		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 障害児（者）リハビリテーション料
施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の医師 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	専任の医師の配置 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	(該当 (非該当
	常勤換算が否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	(該当 (非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人
専従の言語聴覚士 ※ 専従の従事者組み合わせた場合を含む	専従の言語聴覚士の配置 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	(該当 (非該当
	常勤換算が否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	(該当 (非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人
専用施設及び器具等		
専用施設の面積等 ※ 小数点以下四捨五入	集団コミュニケーション療法室 ※ 言語聴覚療法のための目的で使用する療法室に限る	m ²
	個別療法室との兼用状況 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	<input type="checkbox"/> 共通 <input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 個別療法室なし
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に√を入れること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 簡易聴覚スクリーニング検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音再生装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 各種言語・心理・認知機能検査機器・用具 <input type="checkbox"/> 発声発語検査機器・用具 <input type="checkbox"/> 各種診断・治療材料（絵カード他） <input type="checkbox"/> その他 ()	

【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 当該施設基準に配置してい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。

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 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) 緊急呼び出し当番等における、休日又は勤務間インターバルの確保について		
①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している (該当する ・ 該当しない)		
②夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行っている者は、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保している (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。

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。

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。

〔 歯科技工士連携加算1
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. 届出区分 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 歯科技工士連携加算1
	<input type="checkbox"/> 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

歯科技工士1	
氏名	
歯科技工所名	
歯科技工士2	
氏名	
歯科技工所名	
歯科技工士3	
氏名	
歯科技工所名	

3. 院内掲示等 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 連携する保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称及び連携内容について、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"/> 保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との連携体制について、ウェブサイトへの掲載を行っている

4. 歯科技工士の処遇改善等に係る体制 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 当該加算の連携する歯科技工士への手当や福利厚生等への活用
	<input type="checkbox"/> 当該加算の歯科技工士の勤務環境の改善等への活用
その他の処遇改善等に係る事項	

5. 情報連携体制 (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。)

保険医療機関内の歯科技工士又は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」に準拠した体制を有している	1 : 体制を有している
	2 : 体制を有していない

〔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。また、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、自ら管理するホームページ等を有しない場については、この限りではないこと。
- 「4」について、当該療養に係る歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善として、保険医療機関または歯科技工所にて、実施する内容について記載すること。
- 「5」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口に「✓」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

3次元プリント有床義歯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 1	
歯科医師名	
経験年数	
歯科医師 2	
歯科医師名	
経験年数	
歯科医師 3	
歯科医師名	
経験年数	
2. 当該療養に係る歯科技工士	
歯科技工士 1	
歯科技工士名	
歯科技工所名	
歯科技工士 2	
歯科技工士名	
歯科技工所名	
歯科技工士 3	
歯科技工士名	
歯科技工所名	
3. 当該療養に係る医療機関の体制状況等	
コンピュータ支援設計・製造ユニット	
医療機器届出番号	
製品名	
製造販売業者名	
特記事項（その他）	
歯科技工用重合装置	
医療機器届出番号	
製品名	
製造販売業者名	
特記事項（その他）	

〔記載上の注意〕

- 1 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を「2」に記載すること。
- 2 「3」については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の 4

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]

- 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。
- 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。

[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					

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。

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、耳鼻咽喉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、耳鼻咽喉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。

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	$(② - ③ / 2) / ① =$	
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。

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	
K T P レーザ	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。

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 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又は歯科静脈麻酔を100症例以上の経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師 1

歯科医師の氏名	
経験年数	年
勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例
静脈内鎮静法の経験症例数	例

歯科医師 2

歯科医師の氏名	
経験年数	年
勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例
静脈内鎮静法の経験症例数	例

歯科医師 3

歯科医師の氏名	
経験年数	年
勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例
静脈内鎮静法の経験症例数	例

2. 緊急時に連携する保険医療機関（無床歯科診療所に限る）

連携保険医療機関 1

①名称	
②所在地	
③担当医氏名	
④調整担当者氏名	
⑤緊急連絡先	

連携保険医療機関 2

①名称	
②所在地	
③担当医氏名	
④調整担当者氏名	
⑤緊急連絡先	

連携保険医療機関 3

①名称	
②所在地	
③担当医氏名	
④調整担当者氏名	
⑤緊急連絡先	

〔記載上の注意〕

- 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。
- 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。
- 担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。

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。

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類

1. 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合

歯科麻酔管理料の届出 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1:有
	2:無

2. 1. 以外の場合

全身麻酔を50症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等		
歯科医師 1		
常勤歯科医師の氏名		
勤務時間		時間
全身麻酔の経験症例数		例
歯科医師 2		
常勤歯科医師の氏名		
勤務時間		時間
全身麻酔の経験症例数		例
歯科医師 3		
常勤歯科医師の氏名		
勤務時間		時間
全身麻酔の経験症例数		例

緊急時に連携する保険医療機関（無床歯科診療所に限る）		
連携保険医療機関 1		
①名称		
②所在地		
③担当歯科医氏名		
④調整担当者氏名		
⑤緊急連絡先		

〔記載上の注意〕

- 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。
- 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。
- 担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。

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。

高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）及び強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：新規届出 2：再度の届出
実績期間 開始年月（和暦で記載すること）	年 月
終了年月（和暦で記載すること）	年 月
届出する項目 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。） 2：強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）
2 当該医療機関における放射線治療の年間実施症例数	
① 高エネルギー放射線治療の年間実施症例数	例
② 強度変調放射線治療（IMRT）の年間実施症例数	例
③ 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
3 小児入院医療管理料1の届出の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	有 ・ 無
4 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏名	
勤務時間	時間
放射線治療の経験年数	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	
氏名	
勤務時間	時間
放射線治療の経験年数	年

[記載上の注意]

- 1 症例数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 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施設基準の届出を行う場合にあつては「2」①及び「3」を、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）の施設基準の届出を行う場合にあつては「2」①、「4」及び「5」を、強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に限る。）の施設基準の届出を行う場合にあつては、「2」②及び③、「4」並びに「5」を記載すること。
- 4 「9」については、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（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に記載すること。
- 5 「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。

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（該当する□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 新規届出	<input type="checkbox"/> 再度の届出
	実績期間 開始年月（和暦で記載すること）	年 月	
	終了年月（和暦で記載すること）	年 月	
2	標榜診療科（該当する□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 放射線科	
3 放射線治療を専ら担当する医師の氏名等			
医師 1	氏名		
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤	・ 非常勤
	勤務時間	時間	
	放射線治療の経験年数	年	
医師 2	氏名		
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤	・ 非常勤
	勤務時間	時間	
	放射線治療の経験年数	年	
医師 3	氏名		
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤	・ 非常勤
	勤務時間	時間	
	放射線治療の経験年数	年	
4 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			
診療放射線技師 1	氏名		
	勤務時間	時間	
	放射線治療の経験年数	年	
診療放射線技師 2	氏名		
	勤務時間	時間	
	放射線治療の経験年数	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			
1	氏名		
	職種		
	勤務時間	時間	
2	氏名		
	職種		
	勤務時間	時間	
6	強度変調放射線治療（IMRT）の年間実施症例数	例	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
・ 直線加速器			
・ 治療計画用CT装置			
・ 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			
・ 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			
・ 平面上の照射強度を変化させることができる装置			
・ 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			
・ 二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器			

※以下は、遠隔放射線治療計画支援を実施する場合に記載すること。

8 届出する項目（該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 放射線治療を行う保険医療機関 <input type="checkbox"/> 放射線治療を支援する保険医療機関
9 放射線治療を行う保険医療機関		
① 保険医療機関の名称		
② 保険医療機関の所在地		
③ 施設情報 （該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療病院（体外照射を年間200症例以上実施している場合に限る。）
④ 当該保険医療機関が所在するがん医療圏に、強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がない （該当する□に「✓」を記入すること。）		□
⑤ 当該治療を行うために必要な装置等（名称等を記載すること。）		
・ 三次元放射線治療計画システム		
・ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム		
・ 第三者機関による直線加速器の出力線量の評価		有 ・ 無
⑥ 放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と常時連絡がとれる体制にある （該当するいずれか1つを○で囲むこと）		有 ・ 無
⑦ 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（該当するいずれか1つを○で囲むこと）		有 ・ 無
10 放射線治療を支援する保険医療機関		
① 保険医療機関の名称		
② 保険医療機関の所在地		
③ 施設情報 （該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 都道府県がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院
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1	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
常勤医師2	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
常勤医師3	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
常勤医師4	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
常勤医師5	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
常勤医師6	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年

⑤ 支援する保険医療機関	
保険医療機関① 名称	
保険医療機関② 名称	
保険医療機関③ 名称	
保険医療機関④ 名称	
保険医療機関⑤ 名称	
⑥ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム (名称等を記載すること。)	
⑦ 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 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	
	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 症例数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」、「4」、「5」及び「10」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。
- 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。
- 5 「8」から「10」までについては、放射線治療計画支援を実施する場合に記載すること。この場合、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り、放射線治療を行う保険医療機関は「8」及び「9」を、放射線治療を支援する保険医療機関は「9」及び「10」を記入すること。
- 6 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。
- 7 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。

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）。

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 = %

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 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及び国際標準病理診断管理加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出する項目（該当するいずれか1つを○で囲むこと）		1：病理診断管理加算1 2：病理診断管理加算2 3：悪性腫瘍病理組織標本加算 4：デジタル病理画像による病理診断 5：国際標準病理診断管理加算
2 標榜診療科（該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 病理診断科
3 病理診断を専ら担当する医師の氏名等常勤医師の氏名等		
医師1	氏名	
	常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	病理診断を専ら担当した経験年数	年
	医療機関勤務 （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/>
医師2	氏名	
	常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	病理診断を専ら担当した経験年数	年
	医療機関勤務 （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/>
医師3	氏名	
	常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	病理診断を専ら担当した経験年数	年
	医療機関勤務 （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	<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		
開催年月日①（和暦で記載すること）		年 月 日
開催年月日②（和暦で記載すること）		年 月 日
開催年月日③（和暦で記載すること）		年 月 日
開催年月日④（和暦で記載すること）		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の施設基準		有 ・ 無
病理診断管理加算2の施設基準		有 ・ 無
口腔病理診断管理加算3の施設基準		有 ・ 無
口腔病理診断管理加算4の施設基準		有 ・ 無

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）

--

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 「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、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。記載する場合、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「7」については、国際標準病理診断管理加算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。記載する場合、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。

{

 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 器	機器名：	
	咀嚼筋 筋電図検査 機 器	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：		

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]

- 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、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。
- 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 「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。

医科点数表第2章第10部手術の通則の9（歯科点数表第2章第9部手術の通則7を含む。）に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

1 標榜診療科（該当する口に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科
2 耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、頭頸部悪性腫瘍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例以上経験している医師の氏名等		
医師1	氏名	
	診療科名	科
	耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験年数	年
	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検の経験症例数（3例以上）	例
医師2	氏名	
	診療科名	科
	耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験年数	年
	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検の経験症例数（3例以上）	例
3 常勤医師の氏名等		
常勤医師1	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師2	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師3	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師4	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
4 病理医の氏名		

[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。

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

専任の常勤 管理栄養士	氏 名	栄養サポートチームでの経験年数
		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。

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 (保険薬局名)	
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、**ベースアップ評価料等(※)**の対象職員の賃金を引き下げる必要がある状況に

医療機関・薬局の収支について、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

※ 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(Ⅱ)、歯科外来・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(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料、調剤ベースアップ評価料をいう。

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ついて、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)

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)

(選択してください) (選択してください) の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 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。

〔 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

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名：

◎必要記載項目

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、自保険医療機関に勤務する職員をいう。

(ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。)

※ 本様式の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。

※ 0より大きい数であればよい。

5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当する医療機関＞

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」を届け出ている保険医療機関
② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当しない医療機関＞

- ③ ①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみを届け出る保険医療機関

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否

算定不可

算定不可

【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、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。

なお、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。

〔 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・区分変更)

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名： _____

◎必要記載項目

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

- 新規届出
 区分変更

●対象職員(常勤換算)数

_____ 人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
 (前回届出時 _____ 人)
 1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※ 原則2.0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

(1)届出年月日 令和 _____ 年 _____ 月

※ 本評価料の算定を開始する月のこと

(2)賃金改善開始年月日 令和 _____ 年 _____ 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1)算出方法

- 同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい (はいの場合は(2)の記入は不要、様式99の記入が必要)

(2)賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 自保険医療機関に勤務する職員(40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額

円

イ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) ➡

ウ 自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人 (※ ただし、事業主及び役員を除く)

エ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数:本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

➡【賃金改善算定基礎額】 円

(3)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】

● 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:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

点数表の項目		算定回数 9月	算定回数 10月	算定回数 11月	算定回数 (直近3月平均)
医 科 点 数 表	① 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	② 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	④ 訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	⑥ 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text" value="0"/> 回

- ※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。
- ※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの当該評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。
- ※ 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。

【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

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
(前回届出時 125 回)
1割以上の変動

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

(4) 【B】の値

0.0

【B】=

賃金改善算定基礎額×0.5 - (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)×10円

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み×8
+ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み
+ 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×8
+ 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

×10円

5 施設基準要件の確認

- 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること
- 1月あたりの入院料(※)の算定回数が30未満の医療機関であること。
 ※医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、
 同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、
 入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること
- 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】を参照

6 4(4)により算出した【B】に基づき、該当する区分の算出

(1) 算定が可能となる区分

算定不可

※区分変更の必要はありません

算定不可

※区分変更の必要はありません

(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 type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

<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
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

～令和9年5月末まで

～令和10年5月末まで

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5・注6に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当する医療機関>

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」を届け出していた保険医療機関
- ② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当しない医療機関>

- ③ 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」のみを届け出る保険医療機関

(4) 最終算定区分

算定不可

※区分変更の必要はありません

算定不可

※区分変更の必要はありません

【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」の「対象職員(常勤換算)数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における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 「4」(2)対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。
- 4 「4」(2)対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。
- 5 「4」(3)「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 「4」(3)「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 「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。)
- 8 「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 「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 「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
- 11 「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。
- 12 「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
- 13 「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。

看護職員処遇改善評価料
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・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

- 毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、
②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により
報告することについて、理解しました。
- 本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日

開設者名：

◎必要記載項目

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

- 看護職員処遇改善評価料
 入院ベースアップ評価料

3 該当する届出

- 新規
 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入

（前回届出時 人）

1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※ 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

(1)届出年月日 令和 年 月

※ 本評価料の算定を開始する月のこと

(2)賃金改善開始年月日 令和 年 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1) 看護職員等の数

_____ 人月

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。

(2) 延べ入院患者数

_____ 人月

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)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。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人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。

(3) 算出方法

● 同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい (はいの場合は(4)の記入は不要、様式99の記入が必要)

(4) 賃金改善算定基礎額の算出

● 計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 自保険医療機関に勤務する職員(40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額

_____ 円

イ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

_____ 円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) →

ウ 自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

_____ 人 (※ ただし、事業主及び役員を除く)

エ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

_____ 人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合には、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数:本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

→ 【賃金改善算定基礎額】 円

(5) 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、看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値【A】・入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値【C】

● 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」:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

点数表の項目		算定回数 9月	算定回数 10月	算定回数 11月	算定回数 (直近3月平均)
医 科 点 数 表	① 初診料等	回	回	回	0 回
	② 再診料等	回	回	回	0 回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	回	回	回	0 回
	④ 訪問診療料(同一建物)	回	回	回	0 回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	回	回	回	0 回
	⑥ 再診料等	回	回	回	0 回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	回	回	回	0 回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	回	回	回	0 回

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 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。

【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

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
(前回届出時 _____ 人)
1割以上の変動

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

(6) 【A】・【C】の値

【A】の値 0.0

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額: (当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000\text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{円}}$$

【C】の値 0.0

$$【C】= \frac{\text{賃金改善算定基礎額} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{円}}$$

5 施設基準要件の確認

【看護職員処遇改善評価料】(以下の(1)(2)のいずれかに該当するものを選択)

(1) 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 -2 年度)

(2) 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

【入院ベースアップ評価料】(以下の条件全てに該当すること)

● 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

● 入院料(※)を算定している保険医療機関であること

※ 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、
同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)

● 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)の届出を行っており、
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の届出を行っていない
保険医療機関であること

● 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 3により算出した【A】・【C】に基づき、該当する区分

(1) 看護職員処遇改善評価料算定が可能となる区分

算定不可

※区分変更の必要はありません

(2) 入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分

算定不可

※区分変更の必要はありません

【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」の「対象職員(常勤換算)数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における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。
- 3 「4」(1)看護職員等とは、「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(非常勤職員を含む。)をいう。)」を指す。
また、看護職員等の数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。
- 4 「4」(2)延べ入院患者数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。
- 5 「4」(4)対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。
- 6 「4」(4)対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。
- 7 「4」(5)「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)
- 8 「4」(5)「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
- 9 「4」(5)「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。)
- 10 「4」(5)「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)

- 11 「4」(5)「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。
- 12 「4」(5)「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
- 13 「4」(5)「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。
- 14 「4」(5)「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
- 15 「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。

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)
 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)
 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則第11号
 歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の注5
 の注5・注6

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価項目

- 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 注5
- 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 注5・6
- 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算免除】
- 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算免除】

届出年月日 令和 年 月

3 要件の確認

(1)開設時期

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(2)ベースアップ評価料の算定有無(該当する項目1つに☑をしてください)

(i)令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている**保険医療機関**である。 はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(ii)令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ている**有床診療所**である。 はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(iii) **本様式届出**時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出ている**保険医療機関**である。 はい
 ((3)の記載は**必要**です。)

(3)本評価項目に必要な賃上げ水準の算出

○ 以下、基本給等総額については **1か月当たりの額** を記載してください。

※ 「**基本給等総額**」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員 (**40歳未満の常勤医師・歯科医師・看護補助者・事務職員を除く。**) 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

(Ⅰ) 当該評価料の算定を開始する年月	【当該評価料:	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
(Ⅱ) 対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月((1)) 時点】			<input type="text"/>			人
(Ⅲ) 当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月((1)) 時点の基本給等総額】			<input type="text"/>			円
(Ⅳ) (Ⅲ) と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】			<input type="text"/>			円
(Ⅴ) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(Ⅳ) × 0.055】			<input type="text"/>	0		円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）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

(I) 当該評価料の算定を開始する年月	【当該評価料：	】	令和	年	月
(II) 対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
(III) 当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
(IV) (III)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
(V) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(IV)×0.137】				0	円

ベースアップ評価料対象職員(40歳以下の常勤医師・歯科医師を除く。)の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか(0以上の場合には該当)

$$\ast \{ \textcircled{1}(\text{III}) + \textcircled{2}(\text{III}) \} - \{ \textcircled{1}(\text{IV}) + \textcircled{1}(\text{V}) + \textcircled{2}(\text{IV}) + \textcircled{2}(\text{V}) \} = 0.0 \text{ 円}$$

(※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等(0以上であるかを確認))

4 要件の該当可否

●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) 注5
及び

●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) 注5

【算定可否】

算定可能

5 入院料減算の要否

●医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算の免除】
及び

●歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算の免除】

【算定可否】

減算免除

【記載上の注意】

- 「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、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)の注5、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)の注5・注6、医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等通則11、歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号の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。
- 「3」の(1)及び(2)については、該当する項目1つに☑を入れること。なお、該当しない場合は不要である。
- 「3」の(2)(iii)「外来・在宅ベースアップ評価料(I)のみを届け出ている」ということは、医科点数表の第14部第1節ベースアップ評価料等において、当該評価料のみを届け出ている医療機関をいう。
- 「3」の(3)の(I)「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目をいう。
- 「3」の(3)の(II)「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。
- 「3」の(3)の(II)「対象職員の常勤換算数」は、本様式の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」の(3)「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
- 「3」の(3)の(IV)は、(III)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた際の基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】は、(III)と同じ対象職員が令和6年3月時点にいと仮定し、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
- 「3」の(3)の(V)「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の区分によって、必要な賃上げ水準が異なる。
- 「4」の「要件の該当可否」の結果及び「5」の「入院料減算の要否」に基づいて、算定可能若しくは減算免除となった場合、別添2と併せて本用紙を地方厚生(市)局長に提出すること。

様式99

ベースアップ評価料
同一法人内複数医療機関届出用補助計算書

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

(1)届出年月日 令和 年 月

※ 本様式の届出を行う月

(2)賃金改善開始年月日 令和 年 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

2 区分計算

(1) 社会保険診療等収入金額

- 医療機関の社会保険診療等収入金額 **<申請する1医療機関分>**

円

- 給与総額等を通算して算出する保険医療機関全体の社会保険診療等収入金額

円

※ **社会保険診療等収入金額**: 外来患者及び入院患者の医療に係る収益(医療保険・公費負担医療・公害医療・労災保険・自賠責・自費診療収益等)の直近1か月の総額を用いる。

- 社会保険診療等収入金額を基に算出した**当該医療機関の按分比率**

(2) 賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、月額賃金等を通算して算出する医療機関の各項目の合計値を記入する。

(医療機関以外の法人職員を含めてはならない)

- ア 保険医療機関に勤務する職員(40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の**月額賃金総額**

円

- イ 保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の**月額賃金総額**

円

※ **月額賃金総額**: 届出を行う月(1(1)の月)の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) →

- ウ 保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の**人数**

人 (※ただし、事業主及び役員を除く)

- エ 保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の**人数**

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合には、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ **人数**: 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

②賃金改善算定基礎額<通算して算出する医療機関の合計額>

→【賃金改善算定基礎額(通算)】

円

③賃金改善算定基礎額<申請する1医療機関分>

→【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】

円

→この数値が様式96、様式97に転記されます

様式100

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 ・賃金改善中間報告書」

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）、「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）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

別添

(令和 8 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 提出書類の種類

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。

※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	0円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	円
------------------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	0円
--	----

○ 以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤怠手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	0	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	0	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	0	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	0	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	0	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(22) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-3. 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

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	0	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(29) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	0	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(36) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	0	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(43) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	0	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(50) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】	0	円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(57) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】	0	円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(64) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】	0	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】	0	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	0	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（66）＋（67）－（65）】	0	円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

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）」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 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）」、「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）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出していた保険医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「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。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別添

(令和 8 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

I. 提出書類の種類

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	0円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	円
------------------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	0円
--	----

○ 以下、基本給等総額については1月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」には、基本給等及び時間外手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	0	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	0	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	0	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	0	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	0	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(22) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-3. 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

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	0	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(29) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	0	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(36) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	0	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(43) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	0	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(50) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】	0	円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(57) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】	0	円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(64) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】	0	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】	0	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	0	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（66）＋（67）－（65）】	0	円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

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）」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 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）」、「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）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料を届け出ている医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「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。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

- 毎年8月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。
- 本評価料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

____年 ____月 ____日 開設者名： _____

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード _____
保険医療機関名 _____

2 製作委託等を行う歯科技工所の名称

3 歯科技工所における賃金引き上げの方法

(_____)

【記載上の注意】

- 1 「3」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添
1 「実績報告書」を提出すること。

(歯科技工所ベースアップ支援料) 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. 提出書類の種類

実績報告書

I. 賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

(1) 賃金改善支援実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

(2) ベースアップ支援料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II ベースアップ支援料の算定回数

ベースアップ支援料の算定回数	0 回
ベースアップ支援料の算定額	0 円

III 製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

歯科技工所名	算定回数
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回

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 「III」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。

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

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 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。