

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 |
| 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 | <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 |
| 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4 | 院内トリアージ実施料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の3 |
| 6の5 | 救急搬送看護体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の3 |
| 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 | 地域包括診療料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の7 |
| 6の8 | 地域包括診療料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の7 |
| 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 |
| 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 | 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9 | 外来データ提出加算（生活習慣病管理料） | <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 |

| 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）） |
|--------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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4, 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 |
| 12 | 薬剤管理指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 14 |
| 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 | かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 17の2 |
| 13の3 | 禁煙治療補助システム指導管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 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4, 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 |
| 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 |
| 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の10, 7の11, 7の12 |
| 16 | 在宅がん医療総合診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の10, 7の11, 7の12 |
| 16の1の3 | 重症患者搬送加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の1の2 |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の2の2 |
| 16の2 | 訪問看護・指導体制充実加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の3 |
| 16の2 | 専門管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の3の3 |
| 16の3 | 在宅療養後方支援病院 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の4, 20の5 |
| 16の4 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の7 |
| 16の5 | 在宅血液透析指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 別添2の2 |
| 16の8 | 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の9 |
| 16の9 | 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の10, 52 |
| 16の10 | 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の11 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2（又は別添2の2）） |
|---------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| 16の11 | 持続血糖測定器加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の5 |
| 17 | 歯科訪問診療に係る地域医療連携体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 17の1の2 | 歯科訪問診療料の注13に規定する基準 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21の3の2 |
| 17の2 | 在宅歯科医療推進加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21の4 |
| 18の1の2 | 遺伝学的検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 18の1の3 | 染色体検査の注2に規定する施設基準 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の1の2, 52 |
| 18の1の4 | 骨髄微小残存病変量測定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の2 |
| 18の1の5 | B R C A 1 / 2 遺伝子検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の3 |
| 18の1の6 | がんゲノムプロファイリング検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の4 |
| 18の1の7 | 角膜ジストロフィー遺伝子検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の5 |
| 18の1の11 | 先天性代謝異常症検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の6 |
| 18の1の13 | 抗アデノ随伴ウイルス9型（A A V 9）抗体 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の7 |
| 18の1の14 | 抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の5 |
| 18の2 | H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22の2 |
| 18の2の3 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22の3 |
| 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 |
| 21 | 遺伝カウンセリング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 21の2 | 遺伝性腫瘍カウンセリング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23の4 |
| 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 |

| 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）） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| 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2 | 前立腺針生検法（MRI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3 | 口腔細菌定量検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の5 |
| 29の5 | 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査 | <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 |
| 31 | 歯科画像診断管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 33 |
| 32 | 遠隔画像診断 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 34 | CT撮影及びMRI撮影 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 37 |
| 35 | 冠動脈CT撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 35の2 | 血流予備量比コンピューター断層撮影 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 37の2, 52 |
| 35の3 | 外傷全身CT加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36 | 心臓MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の2 | 乳房MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の3 | 小児鎮静下MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の4 | 頭部MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の5 | 全身MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の6 | 肝エラストグラフィ加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の2 | 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の2 |
| 36の3 | 外来後発医薬品使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の3 |
| 37 | 外来化学療法加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 37 | 外来化学療法加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 37の2 | 無菌製剤処理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 40, 4 |
| 38 | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 41, 44の2 |
| 38 | リハビリテーションデータ提出加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の10, 7の11, 7の12 |
| 39 | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 41, 44の2 |
| 40 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 40の2 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 41 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 42 | 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 42の2 | 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 43 | 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 44 | 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44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）） |
|--------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 45 | 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43, 44の2 |
| 47 | 障害児（者）リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43, 44の2 |
| 47の2 | がん患者リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の2, 44の2 |
| 47の3 | 認知症患者リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の3, 44の2 |
| 47の3の2 | リンパ浮腫複合的治療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の7 |
| 47の4 | 集団コミュニケーション療法料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44, 44の2 |
| 47の5 | 歯科口腔リハビリテーション料2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の4 |
| 47の6 | 経頭蓋磁気刺激療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 44の5 |
| 47の7 | 療養生活環境整備指導加算（通院・在宅精神療法） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の5の2 |
| 47の7 | 療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の5の2 |
| 47の8 | 救急患者精神科継続支援料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の6 |
| 48 | 認知療法・認知行動療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の3 |
| 48の1の2 | 依存症集団療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の7 |
| 48の2 | 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 45 |
| 49 | 精神科ショート・ケア「大規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 46 |
| 50 | 精神科ショート・ケア「小規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 46 |
| 51 | 精神科デイ・ケア「大規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 46 |
| 52 | 精神科デイ・ケア「小規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 46 |
| 53 | 精神科ナイト・ケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 46 |
| 54 | 精神科デイ・ナイト・ケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46の3 |
| 55 | 重度認知症患者デイ・ケア料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 47 |
| 55の2 | 精神科在宅患者支援管理料1又は2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 47の2 |
| 55の2 | 精神科在宅患者支援管理料3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 別添2の2 |
| 56 | 医療保護入院等診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4 |
| 56の2の3 | 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の5 |
| 56の2の4 | 多血小板血漿処置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の7 |
| 56の3 | 硬膜外自家血注入 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の6, 52 |
| 57 | ETAノールの局所注入（甲状腺に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 57 | ETAノールの局所注入（副甲状腺に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の2 |
| 57の2 | 人工腎臓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 2の2, 49の3, 87の4 |
| 57の2の2 | 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の3の4 |
| 57の2の5 | 人工膵臓療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 24の4 |
| 57の3 | 磁気による膀胱等刺激法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の4 |
| 57の4の2 | 心不全に対する遠赤外線温熱療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の4の2, 52 |
| 57の4の3 | 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 4, 49の6, 49の7 |

| 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4 | 手術用顕微鏡加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の8 |
| 57の4の5 | 口腔粘膜処置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の9 |
| 57の5 | う蝕歯無痛の高洞形成加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 57の6 | CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の2 |
| 57の7 | 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の4, 52 |
| 57の8の2 | 皮膚移植術（死体） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 87の6 |
| 57の8の3 | 自家脂肪注入 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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）の場合に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の5 |
| 57の9の2 | 処理骨再建加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87の25 |
| 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。））） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の6, 52 |
| 57の11 | 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 87の7 |
| 57の12 | 椎間板内酵素注入療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の7 |
| 58 | 腫瘍脊椎骨全摘術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51, 52 |
| 58の2 | 脳腫瘍覚醒下マッピング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51の2, 52 |
| 58の3 | 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87の26 |
| 59 | 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 60の2の4 | 舌下神経電気刺激装置植込術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87の28 |
| 60の2の5 | 角結膜悪性腫瘍切除手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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。）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の2 |
| 60の3の2 | 内皮移植加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の2の2 |
| 60の4 | 羊膜移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の8 |
| 60の6の2 | 緑内障手術（濾過胞再建術（needle法）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の8 |
| 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の5 |
| 60の8 | 網膜再建術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の6 |
| 60の9 | 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 55 |
| 61の2 | 耳管用補綴材挿入術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の7 |

| 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、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（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 | □ | □ 年 月 | □ | 87の46 |
| 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（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。） | □ | □ 年 月 | □ | 52, 56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）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） | □ | □ 年 月 | □ | 50の5 |
| 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（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、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）及び陰腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの） | □ | □ 年 月 | □ | 87の9 |
| 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3 | 経カテーテル弁置換術 | □ | □ 年 月 | □ | 52, 59の2, 59の2の2 |
| 63の4 | 経皮的僧帽弁クリップ術 | □ | □ 年 月 | □ | 52, 87の12 |
| 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 |

| 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）） |
|----------|---|------|-------|-------|--------------------------|
| 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 | 大動脈バルーンパンピング法（IABP法） | □ | □ 年 月 | □ | 24 |
| 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） | □ | □ 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 | □ | □ 年 月 | □ | 52, 65の4の2, 87の33, 別添2の2 |
| 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（スリーブ状切除によるもの） | □ | □ 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 |
| 75の2 | 体外衝撃波膵石破砕術 | □ | □ 年 月 | □ | 66 |
| 75の3 | 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 | □ | □ 年 月 | □ | 52, 67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）） |
|---------|---|------|-------|-------|------------------|
| 75の3 | 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（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 | 腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術 | □ | □ 年 月 | □ | 52, 67の2の3 |
| 75の4 | 腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術（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 | 同種死体腓移植術、同種死体腓腎移植術 | □ | □ 年 月 | □ | 57 |
| 76の2 | 同種死体腓島移植術 | □ | □ 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4の3 | 内視鏡的小腸ポリープ切除術 | □ | □ 年 月 | □ | 87の40 |
| 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（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（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）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（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・尿管結石破砕術 | □ | □ 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 | 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの） | □ | □ 年 月 | □ | 68の2 |
| 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11 | 人工尿道括約筋植込・置換術 | □ | □ 年 月 | □ | 69の4 |
| 77の11の2 | 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの） | □ | □ 年 月 | □ | 87の41 |
| 77の11の3 | 精巣内精子採取術 | □ | □ 年 月 | □ | 87の42, 87の42の2 |
| 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3 | 腹腔鏡下仙骨腔固定術 | □ | □ 年 月 | □ | 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） | □ | □ 年 月 | □ | 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） | □ | □ 年 月 | □ | 52, 87の19 |
| 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。） | □ | □ 年 月 | □ | 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。） | □ | □ 年 月 | □ | 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） | □ | □ 年 月 | □ | 52, 71の5 |

| 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3の3 | 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 87の20 |
| 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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87の45 |
| 80 | 輸血管理料Ⅰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80 | 輸血管理料Ⅱ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80 | 輸血適正使用加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <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"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の9 |
| 81 | 麻酔管理料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 81の2 | 麻酔管理料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 81及び81の2 | 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3 | 歯科麻酔管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 75の2 |
| 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 | 一回線量増加加算 | <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 |

| 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）） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 | <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 |
| 92 | 地域支援体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87の3, 87の3の2, 87の3の3 |
| 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 |
| 93 | 後発医薬品調剤体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87 |
| 95 | 無菌製剤処理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 88 |
| 96 | 在宅患者調剤加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 89 |
| 98 | 特定薬剤管理指導加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 92 |
| 100 | かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料 | <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加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 89 |

※様式2、5、5の2、5の9、6、7の4、7の5、7の9、13の5、24の2、49の5、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86、91は欠番。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の
施設基準に係る届出書添付書類

かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の氏名等（□には、「✓」又は「×」を記入し、必要な書類を添付すること。）

| | 業務を実施する 保険薬剤師の氏名 | 保険薬局 勤務経験 | 短時間勤務 | 週当たりの勤務 時間及び日数 | 当該薬局で の在籍期間 | 研修 | 地域 活動 |
|---|---------------------|--------------|---|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | | 年 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週 日/週 | 年 月 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | 年 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週 日/週 | 年 月 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | 年 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週 日/週 | 年 月 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | 年 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週 日/週 | 年 月 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | 年 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週 日/週 | 年 月 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「✓」又は「×」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週当たりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。