

--	--

届出番号	
------	--

[ ]

--

	78	72
--	----	----

✓



0 6 =30%±	i & à	Ò G †	α †	i K ^ 8	]'>& 9 ç>0>'
b>0	\$ª µ þ ó ²'ö#. q>0	§	§ °	v	§
b>0	\$ª µ þ ó ²'ö#. q>& Q&É>'	§	§ °	v	§
	Q&É \$ª)r œ \$ª'ö#. q	§	§ °	v	§
	~ i\$ª8ô -   Q&É0Ç\$ª d	§	§ °	v	§
b>0	~ i\$ª8ô -  \$S7T	§	§ °	§	b b b
b>1	~ i H*... Q&É \$ª)r œ \$ª'ö#. q	§	§ °	v	§
	~ i i Û)r œ'ö#. q   g"l (0 6 ° f i'¼ Û)r œ'ö#. q	§	§ °	v	§
	~ i @ ‡ \$ª)r œ0Ç\$ª q	§	§ °	v	§
b>0	~ i H*...0¼ e%31ª í æ _ q	§	§ °	§	b
b>0	M "@ f +*...0¼ e%31ª í æ _ q	§	§ °	§	b
b	~ i\$ª8ô ‹ % -  \$S7T	§	§ °	§	b >* b
b	~ i H*...0¼ e0 \$ª'ö#. æ _ q	§	§ °	§	b
b	~ i' @3ñ Ò æ _'ö#. q	§	§ °	§	b>0
b	â)F'/(¾ p •'i	§	§ °	§	b
	Q&É0¼ e0Ç\$ª q _ € • ... æ \$ª4 / D •'i	§	§ °	v	§
b	~ i ? ? ~ X E Q&É0Ç\$ª d •'i	§	§ °	§	b
	4 /' p+X\$†4G Ê è	§	§ °	v	§
b	>F>N>T >4ß è   g>F>N>T >4ß è >&(F Æª™ Æ ± - É 8 >'	§	§ °	§	b >*
	è / è 'ö#. •'i>& è>'	§	§ °	v	§
b	è / è 'ö#. •'i>& è>'	§	§ °	v	§
	è / è 'ö#. •'i>& è>'	§	§ °	v	§
b	è / è 'ö#. •'i>& è>'	§	§ °	v	§
	4G •~ â - Ü â ç •'i	§	§ °	v	§
	°+š •, î, Ý 2 _   •1V è b'"ö Æ0i6~ è •'i	§	§ °	v	§
b	Ü3, ° °7Á W è	§	§ °	§	b
b	i6ë Æ L/œ0è9,	§	§ °	§	b
b	*p £ ° š ¥ î 2	§	§ °	§	b
b	Ê µ » " µ É , • Ý °0è9,	§	§ °	§	b
	Ç d+...+š	§	§ °	§	b
b	\$ö W4 )F ' ç Ý ¥ î «	§	§ °	§	b
	6x ‡)E)F8ÇE-y Æ+; < è	§	§ °	v	§
	p á&,) &" ¼ H í _   •1 \$î'½7Á W	§	§ °	v	§
b	œ ° î ç Û Ç •'i	§	§ °	§	b b
	+;&" W	§	§ °	v	§
b	&,) Û\$ x è	§	§ °	v	§
	/ö*Ê p4: œ è	§	§ °	v	§
b	ß î Áª Û á è 8 • q	§	§ °	§	b
	¥ á ± j ° p á - è q>/	§	§ °	v	§
	` £8x"@ " p Ý i2, 'è	§	§ °	v	§
b	Æ y í l l r1 \$î0è9,	§	§ °	§	b
b	- á³ ç Ý Ü ä Æ ( # Õ è>&™ @ ‡ _ € • v b _7H • >'	§	§ °	§	b

29 4				38
30				32
30				32
31				33
32				34 35
33				36
34	CT	NRI		37
35				38
35 2				38
35 3				38
36				38
36 2				38 2
37				39
37				39
37				40
38				41 44 2
39				41 44 2
40				42 42 3 44 2
40				42 42 3 44 2
41				42 42 3 44 2
42				42 42 3 44 2
42 2				42 42 3 44 2
43				42 42 3 44 2
44				42 44 2
45				42 44 2
45 2				43 4 43 5
46				43 44 2
47				43 44 2
47 2				43 2 44 2
47 3				43 3
47 4				44 44 2
47 5				44 4
48				44 3
48 2				45
49				46
50				46
51				46
52				46
53				46
54				46

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）
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	重度認知症患者ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
55の2	精神科重症患者早期集中支援管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47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3, 48の4, 48の5, 13の2, 4
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イソールの局所注入（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	透析液水質確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
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, 4
57の4	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の5
57の54	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	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（悪性黒色腫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, 4
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, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
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, 4
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, 4
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, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	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, 4
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, 4
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3, 4
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, 4
60の6	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, 4
60の7	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6, 4
61	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, 4
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7, 4
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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
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。）、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。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3, 4
61の5	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2, 4
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5

62				57
62 2				52 58
62 3				72
63				52 59
63 2				72
63 3				52, 59 2, 4
63 4				52, 59 3, 4
63 5				52, 59 4, 4
64				52 60
65				24
65 2				24 2
66				52 61 4
67				52 62 4
67 2				52 63 4
68	I ABP			24
69				52 64 4
70				52 65 4
70 2				52 65 3 4
71				57
72				57
72 2				65 2
72 3				52 65 4 4
72 4				52 65 5 4
72 5				52 65 5 4
72 6				65 2
72 7				52 65 5 4
72 8				52 65 6 4
73				66 4
73 2				52, 66 2, 4
74				52 67
75				57
75 2				66 4
75 3				52 67 2 4
76				57
76 2				52 67 3 4
76 3				52 65 5 4
77				66 4
77 2				52 65 5 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）
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	68の2, 4
77の4	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の5	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77の7	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2, 4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3, 4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3, 4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	69の4, 4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5, 4
78の3	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"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の2, 4
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"/>	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, 4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
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3, 48の4, 48の5, 13の2, 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
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	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	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4	内視鏡手術用施設機器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の4, 52, 4
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
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"/>	74の2
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
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
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
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	1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"/>	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 2				78 3
84 3				79 2
84 4				80
84 5				80
84 6				80 2
84 7				80 3
85				81
86				82
87				83
88				84
89				84 2 4
89				84 2 4
90				85
90				85
90				85
91				86 4
92				87

16, 53, 68



様式 8 4

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	( )	調剤基本料 (特例除外を含む。)
	( )	調剤基本料の特例のイ (処方せん受付回数月 4, 000 回超かつ集中度 70% 超) 調剤基本料の特例のロ (処方せん受付回数月 2, 500 回超かつ集中度 90% 超 であって、イに該当する場合を除く。) 調剤基本料の特例 (イ又はロ) の妥結率特例

1 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月	
全受付回数 (①)	
うち、主たる医療機関に係る受付回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	
2 24時間開局に係る体制整備状況	
(参考) 妥結率	%

[記載上の注意]

- 1 「届出に係る調剤基本料の区分」について、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 1 ただし書に該当する場合は上の欄に○を付すこと。
- 2 「1」については、期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の取扱いに基づき記載すること。
- 3 「2」については、24時間開局における薬剤師の当直体制の概要を記載すること。
- 4 「(参考)」については、直近の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)の別紙様式 1 の妥結率に係る報告書として提出した割合と同様の値を記載すること。また、提出していない場合は、記載しないこと。

(別紙様式 1)

---

--	--
