

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。
- 5 「新規」欄に「※」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が創設されたもの。
- 6 「新規」欄に「△」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が改正され、新たに届出が必要なもの。

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
	1	ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
	2	高度難聴指導管理料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
	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"/>	5
	5	小児科外来診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
	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
	7	ニコチン依存症管理料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 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
※1	10	地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
	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
	12	薬剤管理指導料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
※	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	後期高齢者診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
	13	歯科治療総合医療管理料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
※	14	在宅療養支援歯科診療所		<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
	15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
	16	在宅末期医療総合診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
	17	歯科訪問診療料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
	18	血液細胞核酸増幅同定検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
△	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
※	21	遺伝カウンセリング加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
		名 称					
△	22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
△	23	人工臓臓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2, 4
	24	長期継続頭蓋内脳波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
	25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
	26	神経磁気診断		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
※	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
△	28	コンタクトレンズ検査料 1		<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
	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
	31	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）		<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又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影		<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
※	36	心臓MRI撮影加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
△	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, 4
	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, 4
△	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, 4
※	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, 4
△	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, 4
	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, 4
	43	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, 4
	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, 4
	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, 4
	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, 4
※	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, 4
※	47の2	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, 4
	48	精神科作業療法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
	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"/>	46, 4
	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"/>	46, 4
	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"/>	46, 4

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
	52	精神科デイケア「小規模なもの」		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
	53	精神科ナイトケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
	54	精神科デイ・ナイトケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
	55	重度認知症患者デイケア料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
	56	医療保護入院等診療料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
	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	齶蝕歯無痛的高洞形成加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
	58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
	59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
※	59の2	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
	61	人工内耳埋込術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
※	61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
	62	同種死体肺移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
	62の2	生体部分肺移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
	63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミカテールによるもの）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
	64	経皮的中隔心筋焼灼術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 60
	65	β -ブロッカー移植術及び β -ブロッカー交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
	66	両心室 β -ブロッカー移植術及び両心室 β -ブロッカー交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
	67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
※	67の2	両室 β -ブロッカー機能付き埋込型除細動器移植術及び両室 β -ブロッカー機能付き埋込型除細動器交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63, 4
	68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
	69	補助人工心臓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64, 4
	70	埋込型補助人工心臓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 4
	71	同種心移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
	72	同種心肺移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
	73	体外衝撃波胆石破碎術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
	74	生体部分肝移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67
	75	同種死体肝移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
	76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
※	76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
	77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4

新規	施設基準通知	区 分		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
		名 称					
※	77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
※	77の3	同種死体腎移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
※	77の4	生体腎移植術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
※	77の5	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, 68, 4
△	79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
	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の2	歯周組織再生誘導手術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
	81	麻酔管理料		<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	強度変調放射線治療（IMRT）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
	84	直線加速器による定位放射線治療		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
	84の2	テレラジオ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
	85	補綴物維持管理料		<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	基準調剤加算1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
	88	基準調剤加算2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
	89	後発医薬品調剤体制加算					85
	90	保険薬局の無菌製剤処理加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4

※1 脳卒中に係るものに限る。