

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	
------------------------	--

連絡先  
担当者氏名：  
電話番号：

(届出事項)

[                      コンタクトレンズ検査料                      ] 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。

平成      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

印

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、正副2通提出のこと。

- 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	$\beta$ -ブロッカー移植術及び $\beta$ -ブロッカー交換術		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
	66	両心室 $\beta$ -ブロッカー移植術及び両心室 $\beta$ -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 $\beta$ -ブロッカー機能付き埋込型除細動器移植術及び両室 $\beta$ -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。

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出添付書

1 外来患者の数	①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 ②/① × 100% =                      %	
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏 名	経 験 年 数
5 その他（次の事項のうち該当するものに○をつけること）	
ア 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が30%未満	
イ 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が40%未満、かつ眼科診療を専ら担当する常勤医師が勤務している	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。