

平成21年7月24日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

平成21年度 施設基準等定例報告の実施について

今般、平成21年度施設基準等定例報告につきまして、九州厚生局より別添のとおり通知・協力依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても、本件につきご了解いただき、提出もれのないよう会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、各報告書様式につきましては、九州厚生局指導監査課より直接、届出を行っている各保険医療機関(有床診療所・無床診療所)宛に送付されており、病院につきましては、説明会にて配布されております。

また、提出期限等につきましては、下記のとおりとなっております。

記

1. 施設基準等定例報告について

「届出を行った医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。」(平成20年4月版診療報酬点数表解釈 951 頁・1235 頁参照)

以下通知より抜粋。

- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成20年3月5日保発第0305002号)」
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成20年3月5日保発第0305003号)」

2. 提出期限について

- 1) 病 院 (様式配布) 説明会にて配布済み
(提出期限) 平成21年7月31日
- 2) 有床診療所 (様式配布) 平成21年7月10日 (郵送)
(提出期限) 平成21年8月6日
- 3) 無床診療所 (様式配布) 平成21年7月17日 (郵送)
(提出期限) 平成21年8月12日

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

事 務 連 絡
平成 21 年 7 月 16 日

福岡県医師会長 殿

九州厚生局指導監査課長

平成 21 年度 施設基準等定例報告の実施について

医療保険行政につきましては、日頃から格別のご協力を頂き厚く御礼申し上げます。

標記について、下記のとおり別添の報告様式等を届出を行っている各保険医療機関（病院・有床診療所・無床診療所）あてに送付いたしましたので、貴会員に対する協力依頼等につきましてよろしくお願いいたします。

なお、提出期限は下記のとおりとしておりますので、併せてお知らせします。

記

病 院（様式配布）	・ ・ ・ ・ ・	説明会にて配布
	（提出期限）	・ ・ ・ ・ ・ 平成 21 年 7 月 31 日
有床診療所（様式配布）	・ ・ ・ ・ ・	平成 21 年 7 月 10 日（郵送）
	（提出期限）	・ ・ ・ ・ ・ 平成 21 年 8 月 6 日
無床診療所（様式配布）	・ ・ ・ ・ ・	平成 21 年 7 月 17 日（郵送）
	（提出期限）	・ ・ ・ ・ ・ 平成 21 年 8 月 12 日



平成 21 年 7 月

保険医療機関（病院）開設者 殿

九州厚生局指導監査課

施設基準の届出状況等の報告について

標記については、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 59 号）に基づく「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 62 号）及び「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 63 号）並びに「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養費の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月 6 日厚生労働省告示第 99 号、最終改正：平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 64 号）の規定等に基づき届出を行った保険医療機関等は、毎年 7 月 1 日現在で届出書の記載事項について報告を行うものとされています。

つきましては、平成 21 年度に係る施設基準の届出状況等の報告様式を、別添のとおり送付しますので、別紙「別紙様式 1：記載上の注意」等を参考に該当項目をご記入の上、下記によりご提出いただくようお願いいたします。

なお、提出にあたっては、受付窓口や待合スペースが確保されていない状況に加え、駐車場の確保も困難なことから、郵送等の方法による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

記

- 1 提出書類
別添の報告様式一式（該当のないページも引き抜かず全て提出すること。）
- 2 提出期限
平成 21 年 7 月 31 日（金）までに必着のこと
- 3 提出及び問い合わせ先
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8
住友生命博多ビル 4F

九州厚生局指導監査課

TEL 092-707-1125

FAX 092-707-1127

通則事項

- ・介護保険適用病床のみの病棟については、本報告から除くこと。
- ・医療と介護の病床が一つの病棟に混在している場合については、医療に係る病床についてのみ記載すること。
- ・様式の書式の変更をしないこと。

1. 「受付番号※」については、地方厚生（支）局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。
2. 「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号を太枠（2桁）に、医療機関コード（7桁）を細枠に記入することとし、医科歯科併設の場合は、医科の番号を記入すること。
3. 「病院区分」欄は、1 特定機能病院、2 専門病院（がん・循環器専門病院として地方厚生（支）局長に届出た保険医療機関）、3 その他、の該当するものに○を付すこと。
4. 「開設者」欄は、次の区分による1～27の番号を記入すること。

1 厚生労働省	2 国立病院機構	3 国立大学法人	4 労働者健康福祉機構		
5 その他（国）	6 都道府県	7 地方独立行政法人	8 市町村	9 日赤	
10 済生会	11 北海道社会事業協会	12 厚生連	13 国民健康保険団体連合会		
14 全国社会保険協会連合会	15 厚生年金事業振興団	16 船員保険会			
17 健康保険組合及びその連合会	18 共済組合及びその連合会	19 国民健康保険組合			
20 公益法人	21 医療法人	22 学校法人	23 社会福祉法人	24 医療生協	25 会社
26 その他の法人	27 個人（個人名は記入しないこと）				

5. 「介護保険適用病床・病棟の有無」欄は、有無のどちらかに○を付すこと。
6. 「厚生労働大臣の定める療養告示第2号にかかる病床（2室8床）の有無」欄は、「介護保険適用病床・病棟」が「有」の場合のみ有無のどちらかに○を付すこと。
7. 「郡市区町村名」欄は、所在地の郡市区町村名を記載すること。
（例：〇〇区、〇〇市、〇〇郡〇〇町）
8. 「届出区分」欄について
（1）「一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟、障害者施設等」の「届出区分」欄、「看護師比率区分」欄についてはそれぞれ該当するものを下記の記号により記入すること。

入院基本料

- 1、7対1入院基本料
- 2、準7対1入院基本料
- 3、10対1入院基本料
- 4、13対1入院基本料
- 5、15対1入院基本料
- 6、18対1入院基本料
- 7、20対1入院基本料
- 8、特別入院基本料

（療養病棟については、以下の届出区分による）

- 9、8割未満
 - 10、8割以上
 - 11、入院 E
 - 12、介護保険移行準備病棟
 - 13、特別入院基本料
- （療養病棟で上記9、10、12のうち複数の区分を届け出ている場合、上段、下段に分けて記入すること。）

看護師比率区分（届出区分に基づく看護職員の最小必要数に対する看護師の比率）

A、70%以上 B、40%以上 70%未満 C、40%未満

・なお、感染症指定機関にあつては、感染症病床にかかる病棟数、許可病床数、稼働病床数及び1日平均入院患者数を一般病棟の再掲として（ ）内に記入すること。

（2）「特定入院料に係る病棟等」の「届出区分」欄については、下記の該当する特定入院料の類別をそれぞれ記号により記入すること。なお、記入にあたっては以下の点に注意すること。

- ・ 特殊疾患入院医療管理料については、これを算定する病棟数及び1日平均入院患者数を一般病棟の再掲として（ ）内に記入すること。

※ただし、病棟単位で算定している場合には、（ ）を二重線で消し、その値を記入すること。

例： ~~40~~

- ・ 亜急性期入院医療管理料1、2については、これを算定する病棟数及び1日平均入院患者数を一般病棟の再掲として（ ）内に記入すること。

※ただし、病棟単位で算定している場合には、（ ）を二重線で消し、その値を記入すること。

例： ~~30~~

- ・ 小児入院医療管理料3については、これを算定する病棟数、許可病床数、稼働病床数及び1日平均入院患者数を一般病棟の再掲として（ ）内に記入すること。
- ・ 小児入院医療管理料4については、これを算定する1日平均入院患者数を「入院基本料」欄の再掲として（ ）内に記入すること。
- ・ 特定入院料に係る病床数については、上記の小児入院管理料3を除き、入院基本料の病床数に含めないこと。
- ・ なお、特定入院料の種別が4種類以上ある場合は、様式をコピーし記入すること。
- ・ 特定入院料の下記の①～⑨については、病棟数の記入は要しないこと。
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料については、各項上段に母体・胎児集中治療室管理料（⑧-1）、下段に新生児集中治療室管理料（⑧-2）と分けて記入すること。また、それぞれの現員数については、助産師数を看護師数の再掲として（ ）内に記入すること。（詳細は14（5）参照）

特定入院料

- ①救命救急入院料1 ②救命救急入院料2 ③特定集中治療室管理料
④ハイケアユニット入院医療管理料 ⑤広範囲熱傷特定集中治療室管理料
⑥脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ⑦新生児特定集中治療室管理料
⑧-1 総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料)
⑧-2 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)
⑨一類感染症患者入院医療管理料
⑩小児入院医療管理料1 ⑪小児入院医療管理料2 ⑫回復期リハビリテーション病棟入院料1
⑬回復期リハビリテーション病棟入院料2 ⑭特殊疾患病棟入院料1 ⑮特殊疾患病棟入院料2
⑯緩和ケア病棟入院料 ⑰精神科救急入院料1 ⑱精神科救急入院料2
⑲精神科急性期治療病棟入院料1 ⑳精神科急性期治療病棟入院料2
㉑ 精神科救急・合併症入院料 ㉒ 精神療養病棟入院料 ㉓ 認知症病棟入院料1
㉔ 認知症病棟入院料2

9. 「看護補助加算」欄については、下記の該当する区分をそれぞれ1～3の記号により記入すること。

看護補助加算

1、看護補助加算 1（6対1） 2、看護補助加算 2（10対1） 3、看護補助加算 3（15対1）

10. 「平均在院日数」欄は、全ての入院基本料（特定入院料に係るものも含む）について平成21年4月～6月の3カ月の平均在院日数を記入すること。特定入院料に係る治療室又は病棟等については、当該治療室又は病棟等について、当該治療室又は病棟における上記3カ月間の平均在院日数を記入すること。なお、3カ月間の入退院の数が0又は1の場合においては、分母を1として計算すること。

※この場合、小数点以下は切り上げること。

11. 「病棟数」欄は、入院基本料ごとの看護単位数を記入すること。なお、一般病棟に新生児入院医療管理加算に係る病室を有する場合は、（ ）内に当該病室の数を再掲すること。

12. 「許可病床数」欄には、医療法に基づく許可病床数を、「稼働病床数」欄には、使用を休止している病床を除いた実稼働病床数をそれぞれ記入すること。

- 結核病棟などで休棟している病棟がある場合は、許可病床数欄には医療法に基づく許可病床数を、稼働病床数欄、1日平均患者数欄及び現員数欄はゼロを記入すること。
- また、結核病棟のうち入院患者数30名以下で、一般病棟と一看護単位として届出を行っている場合は、許可病床数欄及び稼働病床数欄はそれぞれの病床区分により記入し、看護要員数は按分して該当する病床区分欄に記入すること。この場合、病棟数欄の記入の仕方は次の例による。

例： 一般病棟「1」 結核病棟「(1)」

13. 「1日平均入院患者数」欄は、直近1年間の延べ入院患者数を延日数（365日）で除して得た数を記入すること。

※この場合、1人未満の端数は、切り上げること。

14. 「現員数」欄について

- （1）常勤看護職員は、当該保険医療機関で定めた所定労働時間の全てを勤務する者とし、その数を記入すること。
- （2）常勤以外のパート勤務者については、当該看護職員の1ヶ月の実労働時間を常勤職員の所定労働時間で除した得た数を記入すること。※ この場合、1人未満の端数は、切り捨てること。
- （3）病棟・外来等兼務看護職員については、病棟勤務延時間数を所定労働時間で除して得た数を記入すること。※この場合、1人未満の端数は、切り捨てること。
- （4）療養病棟で医療病床と介護病床が混在している場合は、入院患者数の割合で按分し、この場合に限り、小数点以下は、切り上げること。
- （5）総合周産期特定集中治療室管理料における現員数については、助産師数を看護師数の再掲として（ ）内に記入すること。

例：母体・胎児集中治療室に看護師及び助産師がそれぞれ10名（常勤換算）、5名（常勤換算）の場合は、「現員数」看護師 15 (5) と記入すること。

15. 「病棟・外来以外の看護要員数」とは、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事するものをいう）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、手術室又は中央材料室等に勤務する看護要員の数とする。※この場合、1人未満の端数は、切り捨てること。

・なお、看護部長等については、再掲として（ ）内に数を記入すること。

16. 「夜勤配置区分」欄について

平成21年6月の一般病棟、結核病棟、精神病棟又は障害者施設等のそれぞれの実績で、夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数について該当するA～Fの区分をそれぞれ記入すること。

（過去1年間の1日平均入院患者数／夜勤に当たる1日平均看護職員数＊）

＊ 全ての夜勤従事者の夜勤時間数／（日数×16）

夜勤看護職員1人当たりの患者数

A、8人以下 B、9～10人 C、11～15人 D、16～20人 E、21～30人 F、31人以上

・なお、結核病棟のうち入院患者数30名以下で、一般病棟と一看護単位として届出を行っている場合、一般病棟の欄に記入し、結核病棟の欄は空欄とすること。

17. 「月平均1日看護職員配置数」欄について

平成21年6月の実績で、月平均1日当たりの看護職員数を記入すること。

※この場合、3交代勤務を標準として計算し、小数点以下は、切り捨てること。

なお、計算方法は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発第0305002号）」の「別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書（様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類）」に示す「月平均1日当たり看護配置数」の算出方法に準ずる。

（参考） 月延べ勤務時間数の計／（30×8）

18. 「その他」欄について

- （1） 「施設基準の届出の有無」は退院調整加算の有・無、後期高齢者退院調整加算の有・無、在宅療養支援病院の有・無について該当するものに○を付すこと。
- （2） 「算定の有無」は、直近3か月における退院前訪問指導料の有・無、在宅患者訪問看護・指導料の有・無、居住系施設入居者等訪問看護・指導料の有・無、精神科地域移行支援加算の有・無、精神科退院前訪問指導料の有・無、精神科訪問看護・指導料の有・無について○を付すこと。
- （3） 「看護部門の教育責任者の配置」は、研修の企画、教育相談等を行う教育責任者の配置の有（専従又は専任）・無について○を付すこと。（看護師長等で、病棟の看護管理等も併せて行っている場合には専任とする。）

19. 別紙様式 1－2 について

※平成 20 年 8 月から平成 21 年 6 月までに、一般病棟又は結核病棟において、7 対 1 入院基本料又は準 7 対 1 入院基本料を 1 か月以上算定した全ての医療機関（特定機能病院入院基本料及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関も含む）が記載し、提出すること。

※別紙様式 1 と同じ項目についても必ず記載すること。

- (1) 「受付番号※」については、地方厚生（支）局都道府県事務所において、1 番から連続した別紙様式 1－1 と同じ番号を付すこと。
- (2) 「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号を太枠（2 桁）に、医療機関コード（7 桁）を細枠に記入することとし、医科歯科併設の場合は、医科の番号を記入すること。なお、保険医療機関番号は別紙様式 1－1 と同じ番号を記入すること。
- (3) 「病院区分」欄は、1 特定機能病院、2 専門病院（がん・循環器専門病院として地方厚生（支）局長に届出た保険医療機関）、3 その他 の該当する別紙様式 1－1 と同じものに○を付すこと。
- (4) 「救命救急入院料の届出」の「有・無」については、平成 21 年 7 月 1 日現在で該当するものに○を付すこと。
- (5) 「平成 20 年 8 月から平成 21 年 6 月までの 7 対 1 入院基本料における患者の重症度・看護必要度に係る状況」について
 - (a) 「一般病棟、結核病棟」の「平成 21 年 7 月 1 日現在の届出区分」欄については、それぞれ該当するものを下記の 1～8 の記号により記入すること。ただし、「結核病棟」において一般病棟と結核病棟を併せて 1 看護単位としている場合には、「一般病棟」のみに記入する。

※なお、この記号は別紙様式 1－1 の当該届出区分の記号と同じ番号を記入すること。

入院基本料

- 1、7 対 1 入院基本料 2、準 7 対 1 入院基本料 3、10 対 1 入院基本料
4、1 3 対 1 入院基本料 5、1 5 対 1 入院基本料 6、1 8 対 1 入院基本料
7、2 0 対 1 入院基本料 8、特別入院基本料

- (b) 「届出入院料（区分）」欄については、その月に該当する上記の 1～8 の記号により記入すること。

※ 「届出入院料（区分）」欄が 1（7 対 1 入院基本料）又は 2（準 7 対 1 入院基本料）の場合に限り、(c)～(e)の「届出病床数」、「入院患者の状況①～③」の項目について記入する。（※ただし、3（10 対 1 入院基本料）～8（特別入院基本料）の場合であっても、『一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票』を用いて評価を行っており、「入院患者の状況①～③」に記入可能であれば、記入する。）

※ 入院患者延べ数の算出期間は暦月 1 か月であり、当該月における記号又は値を記入すること。

- (c) 「届出病床数」欄については、7 対 1 又は準 7 対 1 入院基本料の届出をしている病床数を記入

する。

- (d) 「①入院患者延べ数」欄には、算出期間中に 7 対 1 入院基本料又は準 7 対 1 入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科患者及び小児科患者（15 歳未満）は含めない。（③については、小数点第 1 位まで記入すること。）
- (e) ③の重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、『一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票』を用いて評価を行い、A モニタリング及び処置等に係る得点が「2 点以上」、かつ、B 患者の状況等に係る得点が「3 点以上」である患者をいう。
- (f) 一般病棟と結核病棟を併せて 1 看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算する。

20. 届出していない入院基本料、特定入院料の種別欄は「病棟数」等全て空白のままとすること。
ただし、届出している各記入欄において、ゼロの場合は「0」を必ず記入すること。

入院基本料等に関する実施状況報告書（平成21年7月1日現在）

受付番号 ※

（別紙様式1-1）【病院記入用】

医療機関名		保険医療機関番号		40		福岡県		郡市区町村名	
		有・無		有・無		有・無			
		介護保険適用病床・病棟の有無		介護保険適用病床・病棟の有無		介護保険適用病床・病棟の有無			
		厚生労働大臣の定める療養告示第2号に係る病床（2室8床）の有無		厚生労働大臣の定める療養告示第2号に係る病床（2室8床）の有無		厚生労働大臣の定める療養告示第2号に係る病床（2室8床）の有無			
		開設者		開設者		開設者			
		1 特定機能病院 2 専門病院 3 その他		1 特定機能病院 2 専門病院 3 その他		1 特定機能病院 2 専門病院 3 その他			
		看護師 比率区分		看護師 比率区分		看護師 比率区分			
		看護補助 加算		看護補助 加算		看護補助 加算			
		平均在院 日数		平均在院 日数		平均在院 日数			
		許可 病床数		許可 病床数		許可 病床数			
		稼働 病床数		稼働 病床数		稼働 病床数			
		1日平均 入院患者数		1日平均 入院患者数		1日平均 入院患者数			
		看護師 数		看護師 数		看護師 数			
		看護補助者 数		看護補助者 数		看護補助者 数			
		夜勤配置 区分		夜勤配置 区分		夜勤配置 区分			
		月平均1日 看護職員 配置数		月平均1日 看護職員 配置数		月平均1日 看護職員 配置数			
		その他		その他		その他			
入院基本料	1 一般病棟	2 感染症病床（二類）	3 新生児入院医療管理加算	4	5	6	7	8	（1）施設基準の届出の有無 ○退院調整加算 [有・無]
	療養病棟								○後期高齢者退院調整加算 [有・無]
	結核病棟								○在宅療養支援病院 [有・無]
	精神病棟								
	障害者施設等								
特定入院料	9 特殊疾患入院医療管理料	10 亜急性期入院医療管理料1	11 亜急性期入院医療管理料2	12 小児入院医療管理料3	13 小児入院医療管理料4	14	15	16	（2）算定の有無（直近3か月） ○退院前訪問指導料 [有・無]
									○在宅患者訪問看護・指導料 [有・無]
									○居住系施設入居者等訪問看護・指導料 [有・無]
									○精神科地域移行支援加算 [有・無]
									○精神科退院前訪問指導料 [有・無]
									○精神科訪問看護・指導料 [有・無]
入院料	17 上記1～17の小計								
	18 病棟・外来以外の看護要員数（再掲：看護部長等）								○看護部門の教育責任者の配置 [専従・専任・無]
	19 外来看護要員数								

※本報告書の記入に際しては、医療法の許可病床を含め全ての事項において医療保険適用病床・病床についてのみ記入すること。（介護保険適用病床については、記入しないこと。）
※本様式の書式は変えないこと。

受付番号 ※

保険医療機関番号	4	0						
----------	---	---	--	--	--	--	--	--

1) 病院区分	1. 特定機能病院 2. 専門病院 3. その他
2) 救命救急入院料の届出	有 ・ 無

平成21年7月1日現在の届出区分

一般病棟

月	届出 入院料 (区分)	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ数 の算出期間 (1ヶ月)
			① 入院患者延べ 数	② ①のうち重症 度・看護必要 度の基準を満 たす患者の延 べ数	③ 重症度・看護 必要度の基準 を満たす患者 の割合 (②/①) ※四 小数点第1位 まで記入する	
平成20年 8月		床	名	名	%	20年8月1日 ～ 20年8月31日
9月		床	名	名	%	20年9月1日 ～ 20年9月30日
10月		床	名	名	%	20年10月1日 ～ 20年10月31日
11月		床	名	名	%	20年11月1日 ～ 20年11月30日
12月		床	名	名	%	20年12月1日 ～ 20年12月31日
平成21年 1月		床	名	名	%	21年1月1日 ～ 21年1月31日
2月		床	名	名	%	21年2月1日 ～ 21年2月28日
3月		床	名	名	%	21年3月1日 ～ 21年3月31日
4月		床	名	名	%	21年4月1日 ～ 21年4月30日
5月		床	名	名	%	21年5月1日 ～ 21年5月31日
6月		床	名	名	%	21年6月1日 ～ 21年6月30日

※※本様式の書式は変えないこと。

平成21年7月1日現在の届出区分

結核病棟※

月	届出 入院料 (区分)	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ数の 算出期間 (1ヶ月)
			① 入院患者延 べ数	② ①のうち重症 度・看護必要 度の基準を満 たす患者の 延べ数	③ 重症度・看護 必要度の基 準を満たす患 者の割合 (②/①) ※※※小数点第1位 まで記入する	
平成20年 8月		床	名	名	%	20年8月1日 ～ 20年8月31日
9月		床	名	名	%	20年9月1日 ～ 20年9月30日
10月		床	名	名	%	20年10月1日 ～ 20年10月31日
11月		床	名	名	%	20年11月1日 ～ 20年11月30日
12月		床	名	名	%	20年12月1日 ～ 20年12月31日
平成21年 1月		床	名	名	%	21年1月1日 ～ 21年1月31日
2月		床	名	名	%	21年2月1日 ～ 21年2月28日
3月		床	名	名	%	21年3月1日 ～ 21年3月31日
4月		床	名	名	%	21年4月1日 ～ 21年4月30日
5月		床	名	名	%	21年5月1日 ～ 21年5月31日
6月		床	名	名	%	21年6月1日 ～ 21年6月30日

※一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とする場合を除く。

平成21年度 入院基本料等実施状況報告書

(平成21年7月1日現在)

届出事項	医療法上の区分	病床数	内 記		
入院基本料等届出対象病床	一 般	床	一般病棟	(区分)	床
			感染症病床		床
			障害者施設等	(区分)	床
			特定入院料		床
					床
					床
					床
	療 養	床	療養病棟(医療型)	(区分)	床
			療養病棟(介護型)		床
			回復期リハビリテーション病棟		床
	精 神	床	精神病棟	(区分)	床
			特定入院料 (認知症治療病棟については、医療・介護の別も併せて記入すること。)		床
					床
					床
	結 核	床	(区分)		
届出外病床	人間ドッグ専用等	床	保険対象外として看護単位を独立させているもの		
	休 床	床	許可病床のうち、入院基本料等の届出をせず稼働していないもの		
全 許 可 病 床 数		床			

※ 入院基本料については、区分(例:10対1)を、特定入院料については、その種別を記入すること。

医療法に定める医師等の確保状況

	医 師	看護師・准看護師	看護補助者
標準数			
現員数			

平成 年 月 日

保険医療機関 名 称
所 在 地
開設者名

㊞

報告書作成
担当者名
TEL()

九州厚生局長 殿

施設基準等届出状況

【記入上の注意】

現在、施設基準の届出をしている場合は、届出受理通知書等を確認の上、「届出状況」欄に受理番号及び算定開始年月日を記入し、「実施状況」欄に区分・病床数・症例数・患者の割合・専任等の従事者数及び従事者氏名等の実施状況を記入すること。

施設基準の届出をしていない項目の欄には、何も記入しないこと。

基本診療料

施設基準等の名称	実 施 状 況	届出状況 受理番号・年月日
電子化加算	・レセプトコンピューターの名称等 (名称 ・メーカー)	(電子化)第 号 平成 年 月 日
入院時医学管理加算	・退院患者中の「治癒」等の割合(%) ・手術時における全身麻酔の件数(件) 人工心肺を用いた手術(件) 放射線治療(体外照射法)(件) 悪性腫瘍手術(件) 化学療法(件) 腹腔鏡下手術(件) 分娩件数(件)	(入時加算)第 号 平成 年 月 日
臨床研修病院入院診療加算	(単独型 ・ 管理型 ・ 大学病院 ・ 協力型) ・指導医(人)・研修医(1年目 人・2年目 人) ・年間入院患者数(人)	(臨床研修)第 号 平成 年 月 日
超急性期脳卒中加算		(超急性期)第 号 平成 年 月 日
妊産婦緊急搬送入院加算		(妊産婦)第 号 平成 年 月 日
診療録管理体制加算	・患者に対する診療情報の提供 (有 ・ 無) ・総病床数(床)	(診療録)第 号 平成 年 月 日
医師事務作業補助体制加算	・区分(対 1)・補助者数(人) ・算定対象の病床数(床)	(事務補助)第 号 平成 年 月 日
特殊疾患入院施設管理加算	・一般(障害者施設等)(病棟数 棟・病床数 床) ・精神(病棟数 棟・病床数 床)	(特施)第 号 平成 年 月 日
新生児入院医療管理加算	・病床数(床)・対象患者割合(%) 看護配置・日勤(人)・準夜勤(人)・深夜勤(人)	(新入)第 号 平成 年 月 日
療養環境加算	・届出病棟数(棟) 届出病床数(床)	(療) 第 号 平成 年 月 日
重症者等療養環境特別加算	・届出病床数(個室 床 ・ 2人室 床) ・直近1年間の一般病棟における1日平均入院患者数①(人) ・直近1ヶ月間の一般病棟における1日平均重症者数②(人) ①×7%=(人)	(重) 第 号 平成 年 月 日

[illegible]

ハイリスク妊娠管理加算		(ハイ妊娠)第 号 平成 年 月 日
ハイリスク分娩管理加算	・平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の分娩件数 (件)	(ハイ分娩)第 号 平成 年 月 日
後期高齢者総合評価加算	・研修について、別紙(10 ページ)に記入してください。	(後期評価)第 号 平成 年 月 日
小児入院医療管理料1	・プレイルーム加算(有・無)・保育士(人) ・小児科又は小児外科の医師数(人) ・新生児・乳幼児の手術件数(件)	(小入1)第 号 平成 年 月 日
小児入院医療管理料2	・プレイルーム加算(有・無)・保育士(人) ・小児科又は小児外科の医師数(人)	(小入2)第 号 平成 年 月 日
小児入院医療管理料3	・プレイルーム加算(有・無)・保育士(人) ・小児科又は小児外科の医師数(人)	(小入3)第 号 平成 年 月 日
小児入院医療管理料4	・プレイルーム加算(有・無)・保育士(人) ・小児科又は小児外科の医師数(人)	(小入4)第 号 平成 年 月 日
回復期リハビリテーション 病棟入院料1	・一般病床(病棟数 棟・病床数 病床) ・療養病床(病棟数 棟・病床数 病床) ・重症患者回復病棟加算(有(棟 床)・無)	(回1)第 号 平成 年 月 日
回復期リハビリテーション 病棟入院料2	・一般病床(病棟数 棟・病床数 病床) ・療養病床(病棟数 棟・病床数 病床)	(回2)第 号 平成 年 月 日
亜急性期入院医療 管理料1		(亜1)第 号 平成 年 月 日
亜急性期入院医療 管理料2		(亜2)第 号 平成 年 月 日
緩和ケア病棟入院料	個室(床)・2人室(床) 3人室(床)・4人室(床) 合計(床) 差額ベッド(再掲)(床) 医療機能評価 評価機構 ・ ISO	(緩)第 号 平成 年 月 日
短期滞在手術基本料1	・専用の回復室(床)	(短手1)第 号 平成 年 月 日
短期滞在手術基本料2		(短手2)第 号 平成 年 月 日

特掲診療料

地域連携小児夜間・ 休日診療科1	・自院の小児科医の数(人) ・連携する医療機関数(件) ・連携する小児科医の数(人)	(小夜1) 第 号 平成 年 月 日
地域連携小児夜間・ 休日診療科2	・自院の小児科医の数(人) ・連携する医療機関数(件) ・連携する小児科医の数(人)	(小夜2) 第 号 平成 年 月 日
薬剤管理指導料	・薬剤管理指導従事薬剤師数(人) ・医薬品情報管理室配置薬剤師数(人)	(薬) 第 号 平成 年 月 日
CT 撮影及び MRI 撮影	・マルチスライス CT 装置 (台) ・1.5 テスラ以上の MRI 装置(台)	(C・M) 第 号 平成 年 月 日
医科点数表第 2 章第 10 部手術 の通則 5 及び6に掲げ手術	・平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の症例数を 別紙(16 ページ)に記入してください。	(通手) 第 号 平成 年 月 日

麻酔管理料 (受理番号 (麻管)第 号)(算定開始年月日:)

麻酔科標榜医の氏名	麻酔科標榜許可書の許可年月日	麻酔科標榜許可書の登録番号

リハビリテーション

名称	専従の従事者の人数				専用施設の面積 (ST 室別掲)	届出状況 受理番号・年月日		
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師等				
心大血管疾患(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅰ) 平成	第 年 月	号 日
心大血管疾患(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅱ) 平成	第 年 月	号 日
脳血管疾患等(Ⅰ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅰ) 平成	第 年 月	号 日
脳血管疾患等(Ⅱ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅱ) 平成	第 年 月	号 日
脳血管疾患等(Ⅲ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅲ) 平成	第 年 月	号 日
運動器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅰ) 平成	第 年 月	号 日
運動器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅱ) 平成	第 年 月	号 日
呼吸器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅰ) 平成	第 年 月	号 日
呼吸器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅱ) 平成	第 年 月	号 日
難病患者	名	名	名	名	m ²	(難) 平成	第 年 月	号 日
障害児(者)	名	名	名	名	m ²	(障) 平成	第 年 月	号 日
集団コミュニケーション	名	名	名	名	m ²	(集コ) 平成	第 年 月	号 日

精神科ケア等

名称	専従の従事者の人数				専用施設の 面積	届出状況 受理番号・年月日		
	作業療法士	看護師	精神保健 福祉士	臨床心理 技術者				
精神科作業療法	名	名	名	名	m ²	(精) 平成	第 年 月	号 日
ショート・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(シヨ小) 平成	第 年 月	号 日
ショート・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(シヨ大) 平成	第 年 月	号 日
デイ・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(デ小) 平成	第 年 月	号 日
デイ・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(デ大) 平成	第 年 月	号 日
ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(ナ) 平成	第 年 月	号 日
デイ・ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(デナ) 平成	第 年 月	号 日

前年 1 年間の症例数等の実績が要件となっている特掲診療料

※ 平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の実績により記入すること。

施設基準の名称	要件となっている実績	届出状況 受理番号・年月日
光トポグラフィー	・施設共同利用 (%)	(光ト) 第 号 平成 年 月 日
中枢神経磁気刺激による 誘発筋電図	・施設共同利用率 (%)	
コンタクトレンズ検査料 1	・外来患者に占めるコンタクト患者の割合 (%)	(コン 1) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層撮影	・施設共同利用率 (%)	(ポジ) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層・ コンピューター断層複合撮影	・施設共同利用率 (%)	
人工内耳埋込術	・内耳又は中耳の手術 (例)	(人) 第 号 平成 年 月 日
生体部分肺移植	・肺切除術 (例)	(生肺) 第 号 平成 年 月 日
経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮経管アテレクトミーカテ テルによるもの)	・開心術又は冠動脈・大動脈バイパス移植術 (例) ・経皮的冠動脈形成術 (例)	(経高) 第 号 平成 年 月 日
経皮的中心隔心筋焼灼術	・経皮的冠動脈形成術・経皮的冠動脈血栓切除術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 (例)	(経中) 第 号 平成 年 月 日
両心室ペースメーカー移植術 両心室ペースメーカー交換術	・心臓電気生理学的検査 (例) ・上記のうち心室性頻拍性不整脈に対するもの(再掲) (例) ・開心術又は冠動脈・大動脈バイパス移植術 (例) ・ペースメーカー移植術 (例)	(両ペ) 第 号 平成 年 月 日
埋込型除細動器移植術 埋込型除細動器交換術	・心臓電気生理学的検査 (例) ・上記のうち心室性頻拍性不整脈に対するもの(再掲) (例) ・開心術又は冠動脈・大動脈バイパス移植術 (例) ・ペースメーカー移植術 (例)	(除) 第 号 平成 年 月 日
両室ペーシング機能付き埋込型 除細動器移植術 両室ペーシング機能付き埋込型 除細動器交換術	・心臓電気生理学的検査 (例) ・上記のうち心室性頻拍性不整脈に対するもの(再掲) (例) ・開心術又は冠動脈・大動脈バイパス移植術 (例) ・ペースメーカー移植術 (例)	(両除) 第 号 平成 年 月 日
補助人工心臓	・開心術(冠動脈・大動脈バイパス移植術を含む) (例)	(補心) 第 号 平成 年 月 日
埋込型補助人工心臓	・開心術 (例)	(埋補心) 第 号 平成 年 月 日
生体部分肝移植術	・肝切除術 (例) (小児科病床が 100 床以上の病院は先天性胆道閉鎖症手術を含む)	(生) 第 号 平成 年 月 日
生体腎移植術	・腎尿路系手術 (例) (区分番号「L008」による麻酔を伴うものに限る)	(生腎) 第 号 平成 年 月 日
輸血管理料 I	・赤血球濃厚液(MAP)の使用量 (単位)→① ・新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量 (単位)→② ・血漿交換法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量 (単位)→③ ・アルブミン製剤の使用量 (単位)→④	(輸血 I) 第 号 平成 年 月 日
輸血管理料 2	・FFP/ MAP 比 $(②-③/2)/①=$ _____ ・アルブミン/ MAP 比 $④/①=$ _____	(輸血 II) 第 号 平成 年 月 日
高エネルギー放射線治療	・高エネルギー放射線治療 (例) (全ての照射方法による)	(高放) 第 号 平成 年 月 日
強度変調放射線治療(IMRT)	・強度変調放射線治療(IMRT) (例)	(強度) 第 号 平成 年 月 日

後期高齢者総合評価加算に係る研修について

総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師について記入してください

医師氏名〔 〕		(受理番号 (後期評価) 第 号) (算定開始年月日:平成 年 月 日)	
研修の名称	主 催 者	研 修 内 容	研修時間
		ワークシヨップ	時間
		該当・非該当	時間
		該当・非該当	時間
		該当・非該当	時間
		該当・非該当	時間
		該当・非該当	時間
合 計			時間

※「総合的な機能評価に係る適切な研修」とは、

- ① 日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するもの。
- ② 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的特徴、薬物療法、終末期医療等の内容を含むもの。
- ③ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークシヨップを含むもの。
- ④ 研修期間が通算して16時間以上のもの。
(ただし、H21.3.31 までに届出のあったものは8 時間以上で差し支えないが、H22.3.31 までに不足分の追加受講が必要)
- ⑤ 複数の研修を通算して①～④の要件を満たせば差し支えない。

※「ワークシヨップ」の欄には、当該研修内容にワークシヨップが含まれているものは「該当」、それ以外は「非該当」を○で囲むこと。

※ 上記①～④の要件をすべて満たしていない場合は、平成 22 年 3 月 31 日までに追加受講した上で、再度届出が必要です。

(平成 22 年 4 月 1 日において 研修の要件が不足している場合は 届出を遅滞していただくことになり、当該加算は算定できなくなります。)

回復期リハビリテーション病棟に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

①	1年間の総入院患者の人数 (平成20年7月1日～平成21年6月30日)	名
②	日常生活機能評価で10点以上の重症患者の総入院患者の人数	名
③	②のうち退院時(転院時を含む)に日常生活機能評価が3点以上改善した人数	名
④	在宅復帰率	%

〔記載上の注意〕

「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。

ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

ニコチン依存症管理料に係る実施状況報告書

保険医療機関コード : _____

保険医療機関名 : _____

本管理料を算定した数 (期間:平成20年7月～平成21年3月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①－②)のうち、中止期間に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③ + ④) / ① %

《記載上の注意》

- 1 「本管理料を算定した数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
 なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

〔記載上の注意点〕

- ① 報告に当たっては、計画管理病院が連携する保険医療機関の分も併せて行うこと。
- ② 大腿骨頸部骨折及び脳卒中中の連携について、どちらも届出を行っている場合は、それぞれ報告すること。
- ③ 平成20年7月1日から平成21年6月30日において、治療を終えた患者について記入すること。

1 計画管理病院

(1) 計画管理病院名

(2) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定した患者数

(3) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定しなかった患者数

(4) (2)の患者に係る自院における平均在院日数

(5) (3)の患者に係る自院における平均在院日数

(6) (2)の患者の平均総治療期間(実績)

(7) (3)の患者の平均総治療期間(実績)

(8) (2)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数(連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。)

(9) (3)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数(連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。)

(10) (2)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数

(11) (3)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数

(受理番号 (地連携) 第 1-(1) 号) (算定開始年月日: 平成 年 月 日)

1-(1)	1-(2)	1-(3)	1-(4)	1-(5)	1-(6)	1-(7)
	人	人	日	日	日	日
	1-(8)	1-(9)	1-(10)	1-(11)		
	人	人	人	人		

〔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〕に係る報告書(2/2)

大腿骨頸部骨折用・脳卒中用
(該当の疾患を○で囲んでください。)

管理料算定病院名

2 連携する保険医療機関

(1) 連携する保険医療機関名

(2) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定した患者数

(3) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定しなかった患者数

(4) (2)の患者に係る自院における平均在院日数

(5) (3)の患者に係る自院における平均在院日数

(6) (2)の患者のうち、退院した患者数

(7) (3)の患者のうち、退院した患者数

項番	2-(1)	受理番号	算定開始年月日	2-(2)	2-(3)	2-(4)	2-(5)	2-(6)	2-(7)
1		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
2		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
3		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
4		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
5		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
6		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
7		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
8		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
9		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
10		(地連携) 号	平成 年 月 日	人	人	日	日	人	人
合計				人	人	日	日	人	人

在宅療養支援病院に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

1 直近1年間に在宅療養を担当した患者について ・平均診療期間（ ）ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名(再掲:在宅看取り数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自 宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3ヶ月の訪問診療等の実施回数について				
訪問診療等の 合計回数	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

《記載上の注意》

- 1 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「1」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 4 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 5 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術に係る施設基準

1 次の事項を満たしている場合には、○をつけること。

ア	手術(医科点数表第2表第10部手術の通則の5(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術を含む当該医療機関において実施する全ての手術)を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明し、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書(書式様式は任意)で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。

2 院内掲示をする手術件数

区分1に分類される手術

手術の件数

ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

区分2に分類される手術

手術の件数

ア	靱帯断裂形成手術等	
イ	水頭術手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮付属器悪性腫瘍手術等	

区分3に分類される手術

手術の件数

ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

その他の区分に分類される手術

手術の件数

人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないものを含む。)及び 体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 経皮的冠動脈ステント留置術	

※ 手術の件数は前年1年間(1月から12月)の件数を記載すること。

勤務医師名簿(平成21年7月1日現在在職者)

[illegible]

注1 「勤務形態」欄は、非常勤の医師の場合のみ具体的に記載すること。

[例:每週土曜日 17 時~当直・日曜日 9 時~17 時病棟、毎月水曜日 9 時~17 時外来]

入院時食事療養・入院時生活療養等実施状況

(受理番号 (食) 第 号)(算定開始年月日:平成 年 月 日)

1 直営・委託の別

直営 ・ 委託 (院外 ・ 院内)(委託先)

2 医療保険のみの病床数 (床)

3 特別メニューの実施状況 (有 ・ 無)

「有」の場合、患者から徴収する金額(円)

4 配膳時間 (朝 :) (昼 :) (夕 :)

5 給食数調(介護療養病床の入院患者分を含み、デイケア・透析等入院患者以外の患者に提供する食事を除く。)

患者食数	平成21年6月の食数 食(1日平均 食)	左のうち特別食加算対象(食)
		左のうち特別食加算対象外(食)
職員食実施	無 ・ 有 (1日平均 食)	

6 食事療養部門及び従事者

食事療養部門の名称(例:栄養科 など) ()

食事療養部門の責任者(職種 氏名)

食事療養部門の従事者数(上記責任者を含む):

- 自院で雇用している者(管理栄養士 名・栄養士 名・調理師 名・その他 名)
○委託業者の従業員(管理栄養士 名・栄養士 名・調理師 名・その他 名)

7 食堂加算

食堂の位置(名称)	算定の有無	使用する病棟名	病床数	面積
	有・無			m ²
	有・無			m ²
	有・無			m ²

注1 食堂ごとに記入すること。

注2 食堂を複数病棟で使用している場合は、全ての病棟名を記入し、病床数はその合計を記入すること。

1日平均入院患者数

区 分 年 月	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
	延入院患者数	延入院患者数	延入院患者数	延入院患者数	延入院患者数
平成 20 年					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
平成 21 年					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
合 計					
1 日 平 均 入 院 患 者 数					

注 1 病棟欄は、一般、療養、精神等入院基本料ごとに、また、病棟を単位として届出を行う特定入院料を算定している病棟についても特定入院料の種別ごとに算出すること。

2 特殊疾患入院医療管理料、亜急性期入院医療管理料 1・2、小児入院医療管理料 3・4 を算定する患者については、当該病室を有する病棟の入院基本料の患者数に含めて算出し、併せて当該管理料を算定した患者のみにより当該管理料に係る平均患者数を再掲として算出すること。

3 1日平均入院患者数欄には、延入院患者数の合計を 365 で除して得た数を記載し、小数点以下は切り上げる。

4 病棟種別等が 6 以上ある場合は、増す刷りして記載すること。

5 1 ページ「入院基本料に関する実施状況報告書（別紙様式 1-1）」の 1 日平均入院患者数と一致すること。

平均在院日数（施設基準の要件となっていない特定入院料等についても記入すること。）

入院基本料等の区分（入院基本料・特定入院料）

	21年4月	21年5月	21年6月	計
当該病棟における在院患者延日数				①
新入棟患者数				②
新退棟患者数				③
平均在院日数				④

*小数点以下は切り上げること。

$\text{平均在院日数 ④} = \frac{\text{①}}{(\text{②} + \text{③}) \times 1/2}$

算出上の注意

- 1 入院基本料等の区分には、入院基本料の場合は前の空白箇所一般・療養・精神等入院基本料の種別を記入し、特定入院料の場合は後ろの空白箇所に特定入院料の名称を記入すること。
- 2 実際に算定した入院基本料・特定入院料の種別ごとに全体を1つの単位として作成すること。
- 3 特殊疾患入院医療管理料、亜急性期入院医療管理料1・2については、入院基本料には含めず別に作成すること。また、小児入院医療管理料3・4については当該病室を有する病棟の入院基本料に含めて作成し、併せて当該管理料を算定した患者のみにより当該管理料に係る平均在院日数を再掲として作成すること。
- 4 在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいう。（入院した日のうちに退院または死亡した者を含む。）
- 5 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病床、人間ドッグ利用者、産婦または生母の入院に伴って健康な新生児または乳児を在院させる場合は在院患者延日数から除くこと。（入院基本料に係る平均在院日数を算出する場合に限る。）
- 6 当該3ヶ月以前から当該病棟に入院している患者は、新入棟患者数には算入しない。
- 7 新入棟患者数は、当該3ヶ月間に新たに当該病棟に入院した患者数（新入院患者数）及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいう。ただし、当該入院における1回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。
- 8 当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は新入院患者として取り扱う。
- 9 新退棟患者数は、当該3ヶ月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数の合計をいう。ただし、当該入院における1回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えない。
- 10 1ページ「入院基本料に関する実施状況報告書（別紙様式1-1）」の平均在院日数と一致すること。

看護師等配置状況(平成21年6月現在)

看護部門の責任者 職名

氏名 _____

[illegible]

()病棟 ・ 外来 ・ その他

注1 本表は、看護単位(病棟)、外来、その他ごとに作成すること。

2 「看護師等区分」欄は、「看護師」、「准看護師」、「看護補助者」の順で記載すること。

3 「勤務形態」欄は、常勤以外の者についてのみ具体的に記載すること。

入院基本料等の施設基準等に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病床数 _____

届出区分 _____ 届出時入院患者数 _____ 人

看護配置加算の有無(該当に○) 有・無 看護補助加算の届出区分(該当に○) 1・2・3・無

1日平均入院患者数[A] _____ 人 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

① 月平均1日当たり看護配置数[G] _____ 人

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % (月平均1日当たり配置数: 看護師 人)

③ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

④ 夜勤時間帯(16時間) _____ 時 分 ~ _____ 時 分

⑤ 月平均夜勤時間数[(D-E)/B] _____ 時間

⑥ 夜勤専従者平均夜勤時間数 _____ 時間

⑦ 夜勤時間の計算期間 1ヶ月・28日

⑧ 週所定労働時間 _____ 時間

勤務時間計算表

種別※1	番号	氏名	夜勤の有無※2 (該当に○)	日付別の勤務表時間数※3					月勤務時間数 (述べ時間数)	(再掲)夜勤専従者 及び月16時間以下 の者の夜勤時間数	看護師・准看護師・補助者の 小計
				1日	2日	3日	...	日			
				曜	曜	曜		曜			
看護師			有・無・夜専								
看護師			有・無・夜専								
看護師			有・無・夜専								
看護師			有・無・夜専								看護師小計
											日勤時間数 :
											夜勤時間数 :
准看護師			有・無・夜専								
准看護師			有・無・夜専								
准看護師			有・無・夜専								准看護師小計
											日勤時間数 :
											夜勤時間数 :
看護補助者			有・無・夜専								
夜勤専従職員数(夜勤有の職員数)				[B]※4		月述べ勤務時間数の計			[C]		
月述べ夜勤時間数				[D-E]		月述べ夜勤時間数の計			[D]	[E]	
1日看護配置数				[F]=([A]/届出区分の数※5)×3		月平均1日当たり看護配置数			[G]=[C]/(日数×8)		

【勤務時間計算表の記載上の注意】

- ※ 1. 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師、助産師は看護師の欄に記載する
- ※ 看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関付属の看護師養成所などの専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等を兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※ 2. 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者は、無に○を記入すること。
- ※ 3. 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※ 4. 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤時間帯のみの勤務形態をとる常者を含む)は1とし、病棟兼務及び非常勤職員の場合は、病棟勤務の実働時間を比例計算した上で数値を記入すること。
- ※ 5. 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」をいう。
- ※ 6. 平成21年6月分勤務表を添付すること。(勤務表又は勤務時間計算表に全ての勤務時間を表示すること。)

平成21年6月分勤務割表 ()病棟

申し送り時間
(日勤者から夜勤者へ)
(夜勤者から日勤者へ)

- ७२

(別紙様式4)

特別の療養環境の提供に係る実施報告書(平成21年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関名

経営主体 の分類	1 厚生労働省	2 国立病院機構	3 国立大学法人	4 労働者健康福祉機構	5 その他(国)	6 都道府県	7 地方独立行政法人
	8 市町村	9 日赤	10 済生会	11 北海道社事業協会	12 厚生連	13 国民健康保険団体連合会	14 全国社会保険協会連合会
	15 厚生年金事業復興団	16 船員保険会	17 健康保険組合及びその連合会	18 共済組合及びその連合会	19 国民健康保険組合	20 公益法人	21 医療法人
	22 学校法人	23 社会福祉法人	24 医療生協	25 会社	26 その他の法人	27 個人	

区 分	費用徴収を行うこととしている病床数(消費税を含む1日当たり金額階級別)												費用徴収を行わ ない病床数
	1,050円 以下	1,051円 ～ 2,100円	2,101円 ～ 3,150円	3,151円 ～ 4,200円	4,201円 ～ 5,250円	5,251円 ～ 8,400円	8,401円 ～ 10,500円	10,501円 ～ 15,750円	15,751円 ～ 31,500円	31,501円 ～ 52,500円	52,501円 ～ 105,000円	105,000円 以上	
個 室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
2人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
3人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
4人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
5人室以上													床

備 考	費用徴収を行うこととしている金額のうち 最小の料金	費用徴収を行うこととしている金額のうち 最大の料金
	円(消費税含む。)	円(消費税含む。)

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における病床数(介護保険適用病床を除く)の状況を記載すること。
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。(3人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、3人室とすること。)
- 室の区分における病床数は、現病床数によること。(個室であっても、現に2床を設けているときは、2人室として記載すること。)
- 患者を入院させることとしている病床で、調査日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。

(別紙様式 6)

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書 (1)

(平成 21 年 7 月 1 日現在)

都 道 府 県 名

保険医療機関名

1 初診

初診に係る特別の料金

_____ 円

(消費税含む)

2 再診

再診に係る特別の料金

_____ 円

(消費税含む)

(別紙様式9)

180日を超える入院に関する事項の届出状況報告書

(平成21年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関名

＜病院＞ 入院料	区分 ※1	対象者数 (実数)	特別の料金を徴収 した延べ日数	患者から徴収した又は徴 収することを予定している 料金(1人1日当たり)※2
一般病棟入院基本料		人	日	円
特定機能病院入院基本料		人	日	円
専門病院入院基本料		人	日	円

※1 該当する番号を記入すること 1、7対1入院基本料 2、準7対1入院基本料 3、10対1入院基本料
4、13対1入院基本料 5、15対1入院基本料 6、特別入院基本料 7、後期高齢者特定入院基本料

※2 7月1日において直近で患者から徴収した又は徴収することを予定している金額(消費税を含む1人1日当たり)を記載すること。

※3 本報告については、直近1年間(前年7月1日～当該年6月30日)の実施状況を記載すること。

保険外併用療養費

予約に基づく診療	・選定療養の料金(円)		平成 年 月 日
時間外診療	・選定療養の料金(円)		平成 年 月 日
医科点数表等に規定する 回数を超えて受けた診療	検 査	・AFP	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・CEA 精密測定	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	リ ハ	・心リハ(I)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・心リハ(II)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	ビ リ	・脳リハ(I)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・脳リハ(II)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	テ リ	・脳リハ(III)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・運リハ(I)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	シ ョ ン	・運リハ(II)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・呼リハ(I)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	精 神 科 専 門 療 法	・呼リハ(II)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・ショート・ケア(小)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・ショート・ケア(大)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・デイ・ケア(小)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・デイ・ケア(大)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・ナイト・ケア	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	・デイ・ナイト・ケア	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日	

注 年月日の欄には、現在の料金での選定療養を開始した日を記入すること。

平成 21 年 7 月

保険医療機関（有床診療所）開設者 殿

九州厚生局指導監査課

施設基準の届出状況等の報告について

標記については、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 59 号）に基づく「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 62 号）及び「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 63 号）並びに「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月 6 日厚生労働省告示第 99 号、最終改正：平成 20 年 9 月 30 日厚生労働省告示第 474 号）の規定等に基づき届出を行った保険医療機関等は、毎年 7 月 1 日現在で届出書の記載事項について報告を行うものとされています。

つきましては、平成 21 年度に係る施設基準の届出状況等の報告様式を、別添のとおり送付しますので、該当項目をご記入の上、下記によりご提出いただくようお願いいたします。

なお、当該報告書の提出にあたっては、郵送等の方法によりご提出いただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 提出書類

別添の報告様式一式（該当のない項目については空欄で可）

2 記入上の注意

- ① 1 ページは、様式下段の[記載上の注意]を参照の上記入すること。
- ② 2 ページの報告書作成担当者名は、当方より記載内容の確認を行う際に対応できる方の氏名を記入すること。
- ③ 3～12 ページは、同封の届出受理一覧と照合の上、届出をしている施設基準の実施内容及び届出内容を記入すること。
- ④ 13・14 ページは、平成 21 年 6 月の実績により記入すること。
- ⑤ 15・16 ページは、選定療養の実施状況を記入すること。

3 提出期限

平成 21 年 8 月 6 日（木）までに必着のこと

4 提出及び問い合わせ先

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-8

住友生命博多ビル4F

九州厚生局指導監査課

TEL 092-707-1125

FAX 092-707-1127

引紙様式2） 【有床診療所記入用】

保険医療機関番号						4	0								
療機関名		開設者		介護保険適用の病床の有無 厚生労働大臣の定める療養告示第2号に係る病床(2室8床)の有無		有・無 有・無	都道府県名		福岡県		郡市区町村名				
届出区分		病床数	1日平均	現員数 看護師 准看護師 看護補助者		加算の有無		診療科名		その他					
有床診療所 入院基本料1						○医師2人以上等の加算 [有・無]		○夜間緊急体制確保加算 [有・無] ○後期高齢者 退院調整加算 [有・無]	1.内科 2.心療内科 3.精神科 4.神経科(又は神経内科) 5.呼吸器科 6.消化器科(又は胃腸科) 7.循環器科 8.アレルギー科 9.リウマチ科 10.小児科 11.外科 12.整形外科 13.形成外科 14.美容外科 15.脳神経外科 16.呼吸器外科 17.心臓血管外科 18.小児外科 19.皮膚泌尿器科(又は皮膚科、 泌尿器科) 20.性病科 21.こう門科 22.産婦人科(又は産科、婦人科) 23.眼科 24.耳鼻いんこう科 25.気管食道科 26.リハビリテーション科 27.放射線科 28.麻酔科 29.歯科		○在宅療養支援診療所 [有・無] ○訪問看護等 ・退院前訪問指導料 [有・無] ・在宅患者訪問看護・指導料 [有・無] ・居住系施設入居者等訪問看護・指導料 [有・無] ・精神科地域移行支援加算 [有・無] ・精神科退院前訪問指導料 [有・無] ・精神科訪問看護・指導料 [有・無]				
						○看護配置加算1 [有・無]									
						○看護配置加算2 [有・無]									
						○夜間看護配置加算1 [有・無]									
						○夜間看護配置加算2 [有・無]									
有床診療所 入院基本料2															
養病床	1 入院 2 特別					○退院調整加算 [有・無]									

載上の注意]

「受付番号※」については、地方厚生（支）局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。

「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号（2桁）を太枠に、医療機関コード（7桁）を細枠に記入すること。

「開設者」欄は、次の区分による番号を記入すること。

1 厚生労働省 2 国立病院機構 3 国立大学法人 4 労働者健康福祉機構 5 その他（国） 6 都道府県 7 地方独立行政法人 8 市町村 9 日赤 10 済生会 11 北海道社会事業協会
12 厚生連 13 国民健康保険団体連合会 14 全国社会保険協会連合会 15 厚生年金事業振興団 16 船員保険会 17 健康保険組合及びその連合会 18 共済組合及びその連合会 19 国民健康保険組合
20 公益法人 21 医療法人 22 学校法人 23 社会福祉法人 24 医療生協 25 会社 26 その他の法人 27 個人（個人名を記入しないこと）

「介護保険適用の病床の有無」欄は、どちらかに○を付すこと。

「厚生労働大臣の定める療養告示第2号に係る病床（2室8床）の有無」欄は、「介護保険適用病床」が「有」の場合のみ、有、無のどちらかに○を付すこと。

「郡市区町村名」欄は、所在地の郡市区町村名を記載すること。（例：○○区、○○市、○○郡○○町）

療養病床の「届出区分」欄は、1. 入院、又は2. 特別のいずれかの番号に○印を付すこと。

「病床数」欄は、医療法に基づく許可病床数を記入すること。

「1日平均入院患者数」欄は、直近1年間の延べ入院患者数を延日数で除して得た数を記入すること。 ※ この場合、1人未満の端数は、切り上げること。

「現員数」欄について

(1) 常勤看護職員は、当該保険医療機関で定めた所定労働時間の全てを勤務する者として、その数を記入すること。

(2) 常勤以外のパート勤務者については、当該看護職員の1ヶ月の実労働時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数を記入すること。 ※ この場合、1人未満の端数は、切り捨てることとするが、切り捨てにより「0」となる場合のみ、小数点第二位までの実数を記入すること。（例：得た数が「1.4」の場合、1人未満の端数を切り捨て「1」と記入する。ただし、得た数が「0.9」の場合、1人未満の端数を切り捨てると「0」となるため、「0.96」と小数点第二位までの実数を記入する。）

(3) 医療病床と介護病床が混在している場合は、入院患者数の割合で按分し、医療病床に係る人員のみ記入すること。 ※ この場合に限り、小数点以下は、切り上げること。

「医師2人以上等の加算」、「看護配置加算1」、「看護配置加算2」、「夜間看護配置加算1」、「夜間看護配置加算2」は、有床診療所入院基本料1を届け出ている場合にのみ、有、無のどちらかに○を付すこと。

「夜間緊急体制確保加算」、「後期高齢者退院調整加算」は、有床診療所入院基本料1又は2を届け出ている場合にのみ、有、無のどちらかに○を付すこと。

「退院調整加算」は、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている場合にのみ、有、無のどちらかに○を付すこと。

「診療科名」欄は、標榜している標榜科名に全て○を付すこと。なお、1～29に定める診療科名以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名に○を付すこと。

「その他」欄は、在宅療養支援診療所の届出の有・無について該当するものに○を付すこと。また、直近3か月の退院前訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者等訪問看護・指導料、精神科地域移行支援加算、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料の算定の有・無について該当するものに○を付すこと。

届出していない種別欄は全て空白のままとする。ただし、届出している各記入欄において、ゼロの場合は「0」を必ず記入すること。

※入院基本料の施設基準を届出していない保険医療機関においては、本報告書の記入は不要であること。

※本報告書の記入に際しては、医療法の許可病床を含め全ての事項において医療保険適用病床についてのみ記入すること。（介護保険適用病床については、記入しないこと。）

医療機関コード

平成21年度 有床診療所入院基本料等実施状況報告書

(平成21年7月1日現在)

届出事項	病床数
有床診療所入院基本料1	床
有床診療所入院基本料2	床
有床診療所療養病床入院基本料	床
有床診療所療養病床特別入院基本料	床
診療所老人医療管理料	床
介護型病床	床
全許可病床	床

平成 年 月 日

保険医療機関

名称

所在地

開設者名

印

報告書作成

担当者名

TEL()

九州厚生局長 殿

施設基準等届出状況

【記入上の注意】

現在、施設基準の届出をしている場合は、届出受理通知書を確認の上、「届出状況」欄に受理番号及び算定開始年月日を記入し、「実施状況」欄に区分・病床数・患者の割合・専任等の従事者数及び従事者氏名等の実施状況を記入すること。

施設基準の届出をしていない項目の欄には、何も記入しないこと。

基本診療料

施設基準等の名称	実 施 状 況	届出状況 受理番号・年月日
夜間・早朝等加算	・1週間当たりの合計診療時間（ 時間）	（夜朝）第 号 平成 年 月 日
電子化加算	・レセプトコンピューターの名称等 （名称 ・メーカー ）	（電子化）第 号 平成 年 月 日
妊産婦緊急搬送入院加算	・緊急の分娩に対応できる分娩室及び設備（ 有 ・ 無 ）	（妊産婦）第 号 平成 年 月 日
診療録管理体制加算	・専任の診療録管理者（氏名 ） ・病床数（ 床）	（診療録）第 号 平成 年 月 日
診療所療養病床療養環境加算1	・医療法における医師等標準数に対する充足率 （医師 %・看護職員 %・看護補助者 %）	（診療養1）第 号 平成 年 月 日
診療所療養病床療養環境加算2		（診療養2）第 号 平成 年 月 日
重症皮膚潰瘍管理加算	・該当標榜診療科（ 科） ・当該診療を担当する医師（氏名 ）	（重皮潰）第 号 平成 年 月 日
栄養管理実施加算	・担当の管理栄養士（氏名 ）	（栄養管理）第 号 平成 年 月 日
医療安全対策加算	・専従の医療安全管理者（職種 氏名 ） ・医療安全管理者の研修（主催 期間 時間）	（医療安全）第 号 平成 年 月 日
褥瘡患者管理加算	・専任の看護師（氏名 経験 年）	（褥）第 号 平成 年 月 日
ハイリスク妊娠管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する医師 （氏名 ）	（ハイ妊娠）第 号 平成 年 月 日
後期高齢者総合評価加算	・研修について、別紙（8 ページ）に記入してください。	（後期評価）第 号 平成 年 月 日
診療所後期高齢者医療管理料	・該当病床数（一般病床： 床 ・ 療養病床 床） ・一人当たりの病床面積（ m ² ） ・ 食堂・浴室（ 有 ・ 無 ）	（診管）第 号 平成 年 月 日
短期滞在手術基本料1	・専用の回復室（ 床） ・麻酔科の医師（氏名 ）	（短手1）第 号 平成 年 月 日
短期滞在手術基本料2	・麻酔科の医師（氏名 ）	（短手2）第 号 平成 年 月 日

特掲診療料

高度難聴指導管理料	・5年以上の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師 (氏名)	(高) 第 号 平成 年 月 日
喘息治療管理料	・患者の問い合わせに24時間対応する専任の看護師又は准看護師 (氏名)	(喘管) 第 号 平成 年 月 日
糖尿合併症管理料	・専任の看護師(氏名) ・専任看護師の研修(主催 期間 時間)	(糖管) 第 号 平成 年 月 日
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	・共同で管理を行う保険医療機関 (名称)	(ハイI) 第 号 平成 年 月 日
医療機器安全管理料1	・医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士 (氏名) ・算定の対象となる生命維持管理装置 (名称)	(機安1) 第 号 平成 年 月 日
後期高齢者診療料	・高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤医師 (氏名)	(高齢診) 第 号 平成 年 月 日
在宅時医学総合管理料又は 特定施設入居時医学総合管理料	・在宅療養支援診療所の届出(有・無)	(在医総管) 第 号 平成 年 月 日
在宅末期医療総合診療料	・在宅療養支援診療所の届出(有・無)	(在総) 第 号 平成 年 月 日
検体検査管理加算(I)	・参加している外部の精度管理事業 (名称)	(検I) 第 号 平成 年 月 日
検体検査管理加算(II)	・臨床検査を担当する常勤医師(氏名) ・参加している外部の精度管理事業 (名称)	(検II) 第 号 平成 年 月 日
遺伝カウンセリング加算	・平成20年1月1日～平成20年12月31日の症例数(件)	(遺伝力) 第 号 平成 年 月 日
神経学的検査	・所定の研修を修了した神経内科又は脳神経外科の常勤医師 (診療科 科 氏名)	(神経) 第 号 平成 年 月 日
補聴器適合検査	・補聴器適合判定医師研修会を修了した医師 (氏名)	(補聴) 第 号 平成 年 月 日
小児食物アレルギー負荷検査	・急変時等の緊急事態への対応体制(連携の病院等具体的に) ()	(小検) 第 号 平成 年 月 日

画像診断管理加算1	・画像診断を専ら担当する常勤の医師 (放射線科専門医又は専ら画像診断を担当した経験10年以上の者に限る) (氏名)	(画1) 第 号 平成 年 月 日
CT撮影及びMRI撮影	・マルチスライスCT装置 (名称 列数 列) ・1.5テスラ以上のMRI装置 (名称 テスラ数 テスラ)	(C・M) 第 号 平成 年 月 日
外来化学療法加算1	・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (氏名) ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師 (氏名) ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (氏名)	(外化1)第 号 平成 年 月 日
外来化学療法加算2	・化学療法の経験を有する専任の常勤看護師 (氏名) ・当該化学療法につき専任の常勤薬剤師 (氏名)	(外化2)第 号 平成 年 月 日
エタノールの局所注入(甲状腺)	・甲状腺治療の経験を5年以上有する医師 (氏名) ・備えているカラードブラエコー(解像度 MHz)	(エタ甲)第 号 平成 年 月 日
エタノールの局所注入(副甲状腺)	・副甲状腺治療の経験を5年以上有する医師 (氏名) ・備えているカラードブラエコー(解像度 MHz)	(エタ副甲)第 号 平成 年 月 日
ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術	・5年以上の経験を有する循環器科又は心臓血管外科の医師 (氏名)	(ペ) 第 号 平成 年 月 日
大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)	・5年以上の経験を有する循環器科・心臓血管外科 又は麻酔科の医師 (氏名)	(大) 第 号 平成 年 月 日
医科点数表第2章第10部手術の 通則5及び6に掲げ手術	・平成20年1月1日～平成20年12月31日の症例数を 別紙(11ページ)に記入してください。	(通手) 第 号 平成 年 月 日
麻酔管理料	・常勤の麻酔科標榜医(氏名) (麻酔科標榜許可書の許可年月日:平成 年 月 日) (麻酔科標榜許可書の登録番号:麻 第 号)	(麻管) 第 号 平成 年 月 日

リハビリテーション

名称	専従の従事者の人数				専用施設の面積 (ST 室別掲)	届出状況 受理番号・年月日
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師等		
心大血管疾患(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅰ) 第 年 月 号 平成
心大血管疾患(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅱ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅰ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅰ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅱ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅱ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅲ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅲ) 第 年 月 号 平成
運動器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅰ) 第 年 月 号 平成
運動器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅱ) 第 年 月 号 平成
呼吸器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅰ) 第 年 月 号 平成
呼吸器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅱ) 第 年 月 号 平成
難病患者	名	名	名	名	m ²	(難) 第 年 月 号 平成
障害児(者)	名	名	名	名	m ²	(障) 第 年 月 号 平成
集団コミュニケーション	名	名	名	名	m ²	(集コ) 第 年 月 号 平成

精神科ケア等

名称	専従の従事者の人数				専用施設の面積	届出状況 受理番号・年月日
	作業療法士	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者		
精神科作業療法	名	名	名	名	m ²	(精) 第 年 月 号 平成
ショート・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(シヨ小) 第 年 月 号 平成
ショート・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(シヨ大) 第 年 月 号 平成
デイ・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(デ小) 第 年 月 号 平成
デイ・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(デ大) 第 年 月 号 平成
ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(ナ) 第 年 月 号 平成
デイ・ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(デナ) 第 年 月 号 平成

前年 1 年間の症例数等の実績が要件となっている特掲診療料

※ 平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の実績により記入すること。

施設基準の名称	要件となっている実績	届出状況 受理番号・年月日
光トポグラフィー	・施設共同利用 (%)	(光ト) 第 号 平成 年 月 日
中枢神経磁気刺激による 誘発筋電図	・施設共同利用率 (%)	
コンタクトレンズ検査料 1	・外来患者に占めるコンタクト患者の割合 (%)	(コン 1) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層撮影	・施設共同利用率 (%)	(ポジ) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層・ コンピューター断層複合撮影	・施設共同利用率 (%)	
輸血管理料 I	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)	(輸血 I) 第 号 平成 年 月 日
輸血管理料 2	FFP/ MAP 比 アルブミン/ MAP 比 (②-③/ 2) / ①= _____ ④/ ①= _____	(輸血 II) 第 号 平成 年 月 日
高エネルギー放射線治療	・高エネルギー放射線治療 (例) (全ての照射方法による)	(高放) 第 号 平成 年 月 日
強度変調放射線治療 (IMRT)	・強度変調放射線治療 (IMRT) (例)	(強度) 第 号 平成 年 月 日

後期高齢者総合評価加算に係る研修について

総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師について記入してください

医師氏名〔 _____ 〕 (受理番号 (後期評価) 第 _____ 号) (算定開始年月日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

研修の名称	主 催 者	研 修 内 容	ワークショップ	研 修 時 間
			該当・非該当	時間
			該当・非該当	時間
			該当・非該当	時間
			該当・非該当	時間
			該当・非該当	時間
			合 計	時間

※ 「総合的な機能評価に係る適切な研修」とは、

- ① 日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するもの。
- ② 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容を含むもの。
- ③ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップを含むもの。
- ④ 研修期間が通算して16時間以上のもの。
(ただし、H21.3.31 までに届出のあったものは8時間以上で差し支えないが、H22.3.31 までに不足分の追加受講が必要)
- ⑤ 複数の研修を通算して①～④の要件を満たせば差し支えない。

※ 「ワークショップ」の欄には、当該研修内容にワークショップが含まれているものは「該当」、それ以外は「非該当」を○で囲むこと。

※ 上記①～④の要件をすべて満たしていない場合は、平成22年3月31日までに追加受講した上で、再度届出が必要です。

ニコチン依存症管理料に係る実施状況報告書

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名： _____

本管理料を算定した数 (期間:平成20年7月～平成21年3月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①－②)のうち、中止期間に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合＝(③＋④)／①

%

《記載上の注意》

- 1 「本管理料を算定した数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
 なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

1 直近1年間に在宅療養を担当した患者について ・平均診療期間（ ）ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名(再掲:在宅看取り数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自 宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3ヶ月の訪問診療等の実施回数について				
訪問診療等の 合計回数	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

《記載上の注意》

- 1 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「1」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 4 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 5 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術に係る施設基準

1 次の事項を満たしている場合には、○をつけること。

ア	手術(医科点数表第2表第10部手術の通則の5(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。))に掲げる手術を含む当該医療機関において実施する全ての手術)を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明し、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書(書式様式は任意)で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。

2 院内掲示をする手術件数

区分1に分類される手術		手術の件数
ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

区分2に分類される手術		手術の件数
ア	靱帯断裂形成手術等	
イ	水頭術手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

区分3に分類される手術		手術の件数
ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

その他の区分に分類される手術		手術の件数
人工関節置換術		
乳児外科施設基準対象手術		
ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術		
冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないものを含む。)及び 体外循環を要する手術		
経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 経皮的冠動脈ステント留置術		

※ 手術の件数は前年1年間(1月から12月)の件数を記載すること。

入院時食事療養・入院時生活療養等実施状況

(受理番号 (食) 第 号)(算定開始年月日:平成 年 月 日)

1 直営・委託の別

直営 ・ 委託 (院外 ・ 院内)(委託先)

2 医療保険のみの病床数 (床)

3 特別メニューの実施状況 (有 ・ 無)

「有」の場合、患者から徴収する金額(円)

4 配膳時間 (朝 :) (昼 :) (夕 :)

5 給食数調(介護療養病床の入院患者分を含み、デイケア・透析等入院患者以外の患者に提供する食事を除く。)

患者食数	平成21年6月の食数 食(1日平均 食)	左のうち特別食加算対象(食)
		左のうち特別食加算対象外(食)
職員食実施	無 ・ 有 (1日平均 食)	

6 食事療養部門及び従事者

食事療養部門の名称(例:栄養科 など) ()

食事療養部門の責任者 (職種 氏名)

食事療養部門の従事者数(上記責任者を含む):

○自院で雇用している者(管理栄養士 名・栄養士 名・調理師 名・その他 名)
○委託業者の従業員(管理栄養士 名・栄養士 名・調理師 名・その他 名)

7 食堂加算

許可病床数 _____ 床

食堂の面積(内法) _____ m²

患者1人あたりの面積 _____ m²

看護師等配置状況(平成21年6月現在)

看護部門の責任者 職名 氏名

	看護師等の区分	氏名	免許証番号	健康保険証 記号番号	採用年月日	勤務形態
一般 病 床						
療 養 病 床						
外 来 の み						

注1 「看護師等区分」欄は、「看護師」、「准看護師」、「看護補助者」の順で記載すること。

2 「勤務形態」欄は、1日平均勤務時間数を記載すること。また、担当している業務(病棟のみ、外来のみ、病棟外来兼任等)についても具体的に記載すること。

3 記載欄が不足する場合は、適宜修正のうえ記載すること。

一般病床 · 療養病床

※ 1. 区分欄は、看護師は「看」、准看護師は「准」、看護補助者は「助」として記入すること。
 ※ 2. 各日の勤務について、日勤は「○」、半日勤は「△」、公休は「公」、代休は「代」、準夜勤が「／」、深夜勤は「×」などとして該当すること。
 ※ 3. 長欠者も記載すること。
 ※ 4. 病床の区分を記入すること。

保険外併用療養費

予約に基づく診療	・選定療養の料金(円)			平成 年 月 日
時間外診療	・選定療養の料金(円)			平成 年 月 日
医科点数表等に規定する 回数を超えて受けた診療	検査	・AFP	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		・CEA 精密測定	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	リハ	・心リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		・心リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	脳リハ	・脳リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		・脳リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	脳リハ	・脳リハ(Ⅲ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		・運リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	運リハ	・運リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		・呼リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	呼リハ	・呼リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
		精神科専門療養法	・ショート・ケア(小)	・選定療養の料金(円)
	・ショート・ケア(大)		・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	・デイ・ケア(小)		・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	・デイ・ケア(大)		・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
	・ナイト・ケア		・選定療養の料金(円)	平成 年 月 日
・デイ・ナイト・ケア	・選定療養の料金(円)		平成 年 月 日	

注 年月日の欄には、現在の料金での選定療養を開始した日を記入すること。

(別紙様式4)

特別の療養環境の提供に係る実施報告書(平成21年7月1日現在)

都道府県名	福岡県		医療機関コード			保険医療機関名		
経営主体 の分類	1 厚生労働省	2 国立病院機構	3 国立大学法人	4 労働者健康福祉機構	5 その他(国)	6 都道府県	7 地方独立行政法人	
	8 市町村	9 日赤	10 済生会	11 北海道社事業協会	12 厚生連	13 国民健康保険団体連合会	14 全国社会保険協会連合会	
	15 厚生年金事業復興団	16 船員保険会	17 健康保険組合及びその連合会	18 共済組合及びその連合会	19 国民健康保険組合	20 公益法人	21 医療法人	
	22 学校法人	23 社会福祉法人	24 医療生協	25 会社	26 その他の法人	27 個人		

区 分	費用徴収を行うこととしている病床数(消費税を含む1日当たり金額階級別)													費用徴収を行わない病床数
	1,050円 以下	1,051円 ～ 2,100円	2,101円 ～ 3,150円	3,151円 ～ 4,200円	4,201円 ～ 5,250円	5,251円 ～ 8,400円	8,401円 ～ 10,500円	10,501円 ～ 15,750円	15,751円 ～ 31,500円	31,501円 ～ 52,500円	52,501円 ～ 105,000円	105,000円 以上		
個 室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
2人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
3人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
4人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
5人室以上														床

備 考	費用徴収を行うこととしている金額のうち 最小の料金	費用徴収を行うこととしている金額のうち 最大の料金
	円(消費税含む。)	円(消費税含む。)

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における病床数(介護保険適用病床を除く)の状況を記載すること。
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。(3人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、3人室とすること。)
- 室の区分における病床数は、現病床数によること。(個室であっても、現に2床を設けているときは、2人室として記載すること。)
- 患者を入院させることとしている病床で、調査日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。

平成21年 7月

保険医療機関（無床診療所）開設者 殿

九州厚生局指導監査課

施設基準の届出状況等の報告について

標記については、「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号）に基づく「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月5日厚生労働省告示第62号）及び「特掲診療料の施設基準等」（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号）の規定等に基づき届出を行った保険医療機関等は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものとされています。

つきましては、平成21年度に係る施設基準の届出状況等の報告様式を、別添のとおり送付しますので、該当項目をご記入の上、下記によりご提出いただくようお願いいたします。

なお、当事務所に来所し報告書の提出を希望される場合、受付窓口や待合スペースが確保されていない状況に加え、駐車場の確保も困難なことから、郵送等の方法による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

記

- 1 提出書類
別添の報告様式一式（該当のない項目については空欄で可）
- 2 記入上の注意
 - ① 1ページの報告書作成担当者名は、当方より記載内容の確認を行う際に対応できる方の氏名を記入すること。
 - ② 2～7ページは、同封の届出受理一覧と照合の上、届出をしている施設基準の実施内容及び届出内容を記入すること。
 - ③ 8ページは、選定療養の実施状況を記入すること。
- 3 提出期限
平成21年 8月12日（水）までに必着のこと
- 4 提出及び問い合わせ先
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-8
住友生命博多ビル4F

九州厚生局指導監査課

TEL 092-707-1125

FAX 092-707-1127

医療機関コード	，	，
---------	---	---

平成21年度 診療所施設基準等実施状況報告書

(平成21年7月1日現在)

※ 提出期限 平成21年 8月12日(水曜日)

平成 年 月 日

保険医療機関

名 称

所在地

開設者名

印

報告書作成

担当者名

TEL() -

九州厚生局長 殿

ニコチン依存症管理料に係る実施状況報告書

保険医療機関コード : _____

保険医療機関名 : _____

本管理料を算定した数 (期間:平成20年7月～平成21年3月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①－②)のうち、中止期間に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③ + ④) / ①

%

《記載上の注意》

- 1 「本管理料を算定した数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
 なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

1 直近1年間に在宅療養を担当した患者について				
・平均診療期間（ ）ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名(再掲:在宅看取り数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自 宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3ヶ月の訪問診療等の実施回数について				
訪問診療等の 合計回数	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

《記載上の注意》

- 1 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「1」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 4 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 5 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

施設基準等届出状況

【記入上の注意】

現在、施設基準の届出をしている場合は、届出受理通知書を確認の上、「届出状況」欄に受理番号及び算定開始年月日を記入し、「実施状況」欄に区分・病床数・患者の割合・専任等の従事者数及び従事者氏名等の実施状況を記入すること。

施設基準の届出をしていない項目の欄には、何も記入しないこと。

施設基準等の名称	実 施 状 況	届出状況 受理番号・年月日
夜間・早期等加算	・1週間当たりの合計診療時間（ 時間）	（夜朝）第 号 平成 年 月 日
電子化加算	・レセプトコンピューターの名称等 （名称 ・メーカー ）	（電子化）第 号 平成 年 月 日
短期滞在手術基本料1	・専用の回復室（ 床）	（短手1）第 号 平成 年 月 日
高度難聴指導管理料	・5年以上の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師 （氏名 ）	（高 ）第 号 平成 年 月 日
喘息治療管理料	・患者の問い合わせに24時間対応する専任の看護師又は准看護師 （氏名 ）	（喘管）第 号 平成 年 月 日
糖尿合併症管理料	・専任の看護師（氏名 ） ・専任看護師の研修（主催 期間 時間）	（糖管）第 号 平成 年 月 日
小児科外来診療料	・小児科の標榜（ 有 ・ 無 ）	（小外）第 号 平成 年 月 日
ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	・共同で管理を行う保険医療機関 （名称 ）	（ハイI）第 号 平成 年 月 日
後期高齢者診療料	・高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤医師 （氏名 ）	（高齢診）第 号 平成 年 月 日
在宅時医学総合管理料又は 特定施設入居時医学総合管理料	・在宅療養支援診療所の届出（ 有 ・ 無 ）	（在医総管）第 号 平成 年 月 日
在宅末期医療総合診療料	・在宅療養支援診療所の届出（ 有 ・ 無 ）	（在総）第 号 平成 年 月 日

検体検査管理加算(Ⅰ)	・参加している外部の精度管理事業 (名称)	(検Ⅰ) 第 号 平成 年 月 日
遺伝カウンセリング加算	・平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の症例数 (件)	(遺伝力) 第 号 平成 年 月 日
神経学的検査	・所定の研修を修了した神経内科又は脳神経外科の常勤医師 (診療科 科 :氏名)	(神経) 第 号 平成 年 月 日
補聴器適合検査	・補聴器適合判定医師研修会を修了した医師 (氏名)	(補聴) 第 号 平成 年 月 日
小児食物アレルギー負荷検査	・急変時等の緊急事態への対応体制(連携の病院等具体的に) ()	(小検) 第 号 平成 年 月 日
画像診断管理加算1	・画像診断を専ら担当する常勤の医師 (放射線科専門医又は専ら画像診断を担当した経験 10 年以上の者に限る) (氏名)	(画1) 第 号 平成 年 月 日
CT 撮影及び MRI 撮影	・マルチスライス CT 装置 (名称 列数 列) ・1.5 テスラ以上の MRI 装置 (名称 テスラ数 テスラ)	(C・M) 第 号 平成 年 月 日
外来化学療法加算1	・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (氏名) ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師 (氏名) ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (氏名)	(外化1)第 号 平成 年 月 日
外来化学療法加算2	・化学療法の経験を有する専任の常勤看護師 (氏名) ・当該化学療法につき専任の常勤薬剤師 (氏名) ・悪性腫瘍の患者に対する当該加算の算定 (有 ・ 無)	(外化2)第 号 平成 年 月 日
エタノールの局所注入(甲状腺)	・甲状腺治療の経験を5年以上有する医師 (氏名) ・備えているカラードプラエコー (解像度 MHz)	(エタ甲)第 号 平成 年 月 日
エタノールの局所注入(副甲状腺)	・副甲状腺治療の経験を5年以上有する医師 (氏名) ・備えているカラードプラエコー (解像度 MHz)	(エタ副甲)第 号 平成 年 月 日
麻酔管理料	・常勤の麻酔科標榜医 (氏名) (麻酔科標榜許可書の許可年月日:平成 年 月 日) (麻酔科標榜許可書の登録番号: 麻 第 号)	(麻管) 第 号 平成 年 月 日

リハビリテーション

名称	専従の従事者の人数				専用施設の面積 (ST 室別掲)	届出状況 受理番号・年月日
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師等		
心大血管疾患(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅰ) 第 年 月 号 平成
心大血管疾患(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(心Ⅱ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅰ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅰ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅱ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅱ) 第 年 月 号 平成
脳血管疾患等(Ⅲ)	名	名	名	名	ST 室(m ²)	(脳Ⅲ) 第 年 月 号 平成
運動器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅰ) 第 年 月 号 平成
運動器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(運Ⅱ) 第 年 月 号 平成
呼吸器(Ⅰ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅰ) 第 年 月 号 平成
呼吸器(Ⅱ)	名	名	名	名	m ²	(呼Ⅱ) 第 年 月 号 平成
難病患者	名	名	名	名	m ²	(難) 第 年 月 号 平成
障害児(者)	名	名	名	名	m ²	(障) 第 年 月 号 平成
集団コミュニケーション	名	名	名	名	m ²	(集コ) 第 年 月 号 平成

精神科ケア等

名称	専従の従事者の人数				専用施設の 面積	届出状況 受理番号・年月日
	作業療法士	看護師	精神保健 福祉士	臨床心理 技術者		
精神科作業療法	名	名	名	名	m ²	(精) 第 年 月 号 平成
ショート・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(ショ小) 第 年 月 号 平成
ショート・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(ショ大) 第 年 月 号 平成
デイ・ケア(小)	名	名	名	名	m ²	(デ小) 第 年 月 号 平成
デイ・ケア(大)	名	名	名	名	m ²	(デ大) 第 年 月 号 平成
ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(ナ) 第 年 月 号 平成
デイ・ナイト・ケア	名	名	名	名	m ²	(デナ) 第 年 月 号 平成

前年 1 年間の症例数等の実績が要件となっている特掲診療料

※ 平成 20 年 1 月 1 日～平成 20 年 12 月 31 日の実績により記入すること。

施設基準の名称	要件となっている実績	届出状況 受理番号・年月日
光トポグラフィー	・施設共同利用 (%)	(光ト) 第 号 平成 年 月 日
中枢神経磁気刺激による 誘発筋電図	・施設共同利用率 (%)	
コンタクトレンズ検査料 1	・外来患者に占めるコンタクト患者の割合 (%)	(コン 1) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層撮影	・施設共同利用率 (%)	(ポジ) 第 号 平成 年 月 日
ポジトロン断層・ コンピューター断層複合撮影	・施設共同利用率 (%)	
輸血管理料 I	① 赤血球濃厚液(MAP)の使用量 (単位)	(輸血 I) 第 号 平成 年 月 日
輸血管理料 2	② 新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量 (単位)	
	③ 血漿交換法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量 (単位)	(輸血 II) 第 号 平成 年 月 日
	④ アルブミン製剤の使用量 (単位) FFP/MAP 比 アルブミン/MAP 比 (②-③/2)/①= _____ ④/①= _____	
高エネルギー放射線治療	・高エネルギー放射線治療 (全ての照射方法による) (例)	(高放) 第 号 平成 年 月 日
強度変調放射線治療 (IMRT)	・強度変調放射線治療 (IMRT) (例)	(強度) 第 号 平成 年 月 日

保険外併用療養費

予約に基づく診療	・選定療養の料金(円)		平成 年 月 日
時間外診療	・選定療養の料金(円)		平成 年 月 日
医科点数表等に規定する 回数を超えて受けた診療	検 査	・AFP	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・CEA 精密測定	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	リ ハ	・心リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・心リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	ビ リ	・脳リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・脳リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	テ ー	・脳リハ(Ⅲ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・運リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	シ ョ	・運リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		・呼リハ(Ⅰ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	ン	・呼リハ(Ⅱ)	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
		精 神 科 専 門 療 法	・ショート・ケア(小)
	・ショート・ケア(大)		・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	・デイ・ケア(小)		・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	・デイ・ケア(大)		・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
	・ナイト・ケア		・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日
・デイ・ナイト・ケア	・選定療養の料金(円) 平成 年 月 日		

注 年月日の欄には、現在の料金での選定療養を開始した日を記入すること。