

赤字は記入例です。

別添6

欄外右上に
医療機関コードを記入

基本診療料の施設基準等に係る届出書

--

届出番号	
------	--

(届出事項)

[電子化加算] の施設基準に係る届出

↓適合している四角にレ点チェックをする

- 当該届出を行う前6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揭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月間において、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31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等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（同告示別表第四の上欄に掲げる基準に該当し、かつ、同表の下欄に掲げる基準に該当するものを除く。）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 ←記入日

保険医療機関の所在地
及び名称

医療機関住所と名称を記入。 開設者名 ○ ○ ○ ○ 印

押印↑

神奈川社会保険事務局長 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。

赤字は記入例です。

様式1

電子化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1	保険医療機関の許可病床数	0 床
2	診療報酬請求に係る電算処理システムの導入の有無	有 ・ 無
3	診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かる領収証の交付	交付している ・ 交付していない
4	試行的オンラインシステムを活用した診療報酬請求(400床以上の病院に限る。)	実施している ・ 実施していない
5	選択的要件及びその実施内容	
(該当する要件) ↓適合している四角にレ点チェックをする		
<input type="checkbox"/> 光ディスク等により診療報酬の請求を行っている。		
<input type="checkbox"/> 試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っている。		
<input checked="" type="checkbox"/> 患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細証を交付する体制を整えていること。		
<input type="checkbox"/> バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っている。		
<input type="checkbox"/> インターネットを活用した予約システムが整備されている。		
<input type="checkbox"/> 診療情報(紹介状を含む。)を電子的に提供している。		
<input type="checkbox"/> 検査、投薬等に係るオーダーリングシステムが整備されている。		
<input type="checkbox"/> 電子カルテによる診療録管理を行っている。		
<input type="checkbox"/> フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピューターの表示装置等により画像診断を行っている。		
<input type="checkbox"/> 遠隔医療支援システムを活用し、離島若しくはへき地における医療又は在宅医療を行っている。		
(実施内容の詳細)		
記入例： 明細書発行の機器のメーカー名や製品型番など記入		

[記載上の注意]

「5」については、該当する要件の□に「レ」を記入し、その実施内容の詳細について記載すること。

赤字は記入例です。

別添2

欄外右上に
医療機関コードを記入

特掲診療料の施設基準に係る届出書

--

届出番号	
------	--

(届出事項)

↓届け出目的の項目名を記入 例

[在宅時医学総合管理料] の施設基準に係る届出

↓適合している四角にレ点チェックをする

- 当該届出を行う前6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月間において、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31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ので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日 ←記入日

保険医療機関の所在地
及び名称

医療機関住所と名称を記入

開設者名 ○ ○ ○ ○ 印

神奈川県社会保険事務局長 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。

赤字は記入例です。

様式11の1

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無	
・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出	(<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)
・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出	(<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)
2 当該診療所の担当者氏名	
(1) 担当医	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(2) 看護職員	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3 24時間対応体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制	<input type="radio"/> 名で担当、交代制 (有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)
・ 担当者の氏名及び職種	医師名記入
・ 連絡方法・連絡先	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
・ 当該診療所内で確保	(有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)
・ 担当医が直接対応	(有 ・ 無)
(2) 往診体制：対応体制	<input type="radio"/> 名で担当、交代制 (有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)
・ 担当医及び連携保険医の氏名	医師名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(3) 緊急訪問看護体制：対応体制	<input type="radio"/> 名で担当、交代制 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)
・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先	看護職員名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 及び 所属先名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
* 交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。	
4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者	
・ 氏名、連絡先	連携担当者名記入 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> と 連絡先 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
・ 資格、主な業務内容	看護師等
・ 体制	(<input checked="" type="radio"/> 管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他)
5 連携保険医療機関等 (1)	
(1) 医療機関の名称	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 病院
(2) 開設者名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(3) 担当医の氏名	医師名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(4) 連絡先	044- <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5 連携保険医療機関等 (2)	
・ 訪問看護事業者の名称	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 訪問看護ステーション
(2) 開設者名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
・ 担当看護職員の氏名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(4) 連絡先	044- <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)	
(1) 連携保険医療機関の名称	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 病院
(2) 開設者名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(3) 所在地	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> - <input type="radio"/>
(4) 担当医の氏名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
(5) 緊急時の連絡先	044- <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

[記載上の注意]

- 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

在宅療養支援診療所の施設基準届出の有無	(<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)
1 在宅医療を担当する常勤医師の氏名	
医師名	○ ○ ○ ○ 記入
2 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者の氏名、資格	
	○ ○ ○ ○ : 看護師 ← 例

[記載上の注意]

- 「1」の資格とは、介護支援専門員、社会福祉士等と記載すること。
- 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

↑ 1の「1」は「2」の間違えです

在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

↓記入日

1	在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出年月日	平成	年	月
2	担当者氏名（在宅末期医療総合診療を担当する者）			
	(1) 医師	医師名	○ ○ ○ ○	
	(2) 看護師	看護師名	○ ○ ○ ○	
3	当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）			
	(1) 入院患者数（延べ患者数）	過去1ヶ月間の入院患者延べ数記入	例	0名
	(2) 外来患者数（延べ患者数）		例	40名
	(3) 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）	例：3名	(14)	名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。