（別紙様式８）

平成　　年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名

性別　（　男　・　女　）　　生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）　職業

住所

電話番号

診　療　形　態	１．外来　　２．往診　　３．入院　（平成　　年　　月　　日）		情報提供回数　　回
傷病名 （疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　　２．脳出血　　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発 症 年 月 日	平成　　年　　月　　日	
	受 診 年 月 日	平成　　年　　月　　日	
	初 発 ／ 再 発	１．初発　　２．再発（　　年　　月　　日 初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ　一部自立　　何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ　準寝たきり　　屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ　寝たきり　１　　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ　寝たきり　２　　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ　何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ　著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　　有　・　無　　訪問看護　　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式14）

特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別訪問看護指示期間　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）
点 滴 注 射 指 示 期 間　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　年　月　日 （　　歳）
病状・主訴	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医 師 氏 名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（ 別紙様式１6の１ ）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男 ・ 女	年生 （ 歳）	計画評価実施日 年 月 日

リハ担当医	ＰＴ		ＯＴ		ＳＴ		

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）

評価項目・内容（コロン（：）の後に具体的内容を記入。）

心身機能・構造

□意識障害：(3-3-9： ）
□**認知症**：
□中枢性麻痺
（ステージ・グレード）右上肢： 右手指： 右下肢：
左上肢： 左手指： 左下肢：
□筋力低下（部位，ＭＭＴ： ）

□失行・失認：
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症：種類 ）
□摂食機能障害：
□排泄機能障害：
□拘縮：
□褥瘡：
□起立性低血圧：

基本動作

立位保持（装具： ） □手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具： ） □独立 ，□一部介助，□非実施
訓練室内歩行（装具： ） □独立 ，□一部介助，□非実施

活動

ＡＤＬ・ASL等 ＼ 自立度	日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	訓練時能力：「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等） 介助内容等
屋外歩行 病棟ﾄｲﾚへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動 車椅子･ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗														
椅子座位保持 ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり														
排尿（昼） 排尿（夜）														
食事 整容														
更衣 装具・靴の着脱 入浴														
コミュニケーション														

活動度 日中臥床：□無，□有（時間帯： ）
日中座位：□椅子，□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業 （含：主婦・学生） （職種・業種・仕事内容）	社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明 年 月	本人サイン		家族サイン		説明者サイン

（別紙様式 16の 2）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名： 男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	計画評価実施日	年 月 日
主治医	リハ担当医	PT / OT / ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	発症前の活動、社会参加：	
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準 ：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ、M		

評価項目・内容 （コロン(:)の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造	□意識障害 (JCS、GCS)： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害：	□ 音声・発話障害 (□構音障害, □失語症：種類) □ 関節可動域制限： □ 筋力低下： □ 褥瘡： □ その他：
基本動作	寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)： 起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 座位 (□自立 □一部介助 □全介助)： 立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 立位 (□自立 □一部介助 □全介助)：	

活動

活動度 （安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて）

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100 点)	点					
コミュニケーション						

目標 (1ヶ月後、退院時)：	本人・家族の希望：
リハビリテーションの治療方針：	
目標到達予想時期：	説明者署名：
本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族( ) 署名：

（別紙様式１7の１）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　　月　　日

患者氏名	男 ・ 女	生年月日（明・大・昭・平）年　月　日（　歳）	利き手	右・右（矯正）・左
主治医	リハ担当医	ＰＴ	ＯＴ	ＳＴ	看護	ＳＷ等
原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）	廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	リハビリテーション歴
日常生活自立度 ： J1、J2、A1、A2、B1、B2、Ｃ１、Ｃ２	認知症老人の日常生活自立度判定基準 ：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M		

評価項目・内容（コロン（：）の後に具体的内容を記入。）

心身機能・構造

□意識障害：(3-3-9：　　)
□認知症：
□知的障害：
□精神障害：
□中枢性麻痺
（ステージ・グレード）右上肢：　右手指：　右下肢：
左上肢：　左手指：　左下肢：
□筋力低下（部位，MMT：　　）
□不随意運動・協調運動障害：

□知覚障害（□視覚，□表在覚，□深部覚，□その他：　）
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症）（種類：　）
□失行・失認：
□摂食機能障害：
□排泄機能障害：
□呼吸・循環機能障害：
□拘縮：
□褥瘡：
□疼痛：

基本動作

立位保持（装具：　　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具：　　□独立　，□一部介助，□全介助
訓練室内歩行（装具：　　□独立　，□一部介助，□全介助

活動

自立度 / ＡＤＬ・ASL等	日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」						訓練時能力：「できる“活動”」					
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等
屋外歩行						杖・装具：						杖・装具：
階段昇降						杖・装具：						杖・装具：
廊下歩行						杖・装具：						杖・装具：
病棟ﾄｲﾚへの歩行						杖・装具：						杖・装具：
病棟ﾄｲﾚへの車椅子駆動(昼)						装具：						装具：
車椅子･ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗						装具：						装具：
椅子座位保持						装具：						装具：
ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり												
食事						用具：						用具：
排尿（昼）						便器：						便器：
排尿（夜）						便器：						便器：
整容						移動方法・姿勢：						移動方法・姿勢：
更衣						姿勢：						姿勢：
装具・靴の着脱						姿勢：						姿勢：
入浴						浴槽：						浴槽：
コミュニケーション												

活動度　日中臥床：□無，□有（時間帯：　　理由　　）
日中座位：□椅子（背もたれなし），□椅子（背もたれあり），□椅子（背もたれ，肘うけあり），□車椅子，
□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（□無職，□病欠中，□休職中，□発症後退職，□退職予定）
（職種・業種・仕事内容：　　）
経済状況（　　）

社会参加（内容・頻度等）
余暇活動（内容・頻度等）

心理

障害の受容（□ショック期　，□否認期，□怒り・恨み期，
□悲観・抑うつ期，□解決への努力期，□受容
機能障害改善への固執（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

依存欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）
独立欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

環境

同居家族：
親族関係：

家屋　　：
家屋周囲：
交通手段：

第三者の不利

発病による家族の変化
□社会生活：
□健康上の問題の発生：
□心理的問題の発生：

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理（含：過用・誤用）	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標（到達時期）	具体的アプローチ
参加［主目標］	退院先　□自宅　□親族宅　□医療機関　□その他： 復職　　□現職復帰　□転職　　□不可　　□その他： （仕事内容：　　） 通勤方法の変更　□無　□有： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
活動（すべて実行状況）	自宅内歩行　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　　） 屋外歩行　　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　　） 交通機関利用　□不可　□自立　□介助： （種類：　　） 車椅子　□不要　□電動　□手動　（使用場所：　　） （駆動　□自立　□介助）（移乗　□自立　□介助：　　） 排泄　□自立：形態　□洋式　□和式　□立ち便器　□その他 □介助： 食事　□箸自立　□フォーク等自立　□介助： 整容　□自立　□介助： 更衣　□自立　□介助： 入浴　□自宅浴槽自立　□介助： 家事　□全部実施　□非実施　□一部実施： 書字 □自立　□利き手交換後自立　□その他： コミュニケーション　□問題なし　□問題あり：	
心身機能・構造	基本動作（訓練室歩行等） 要素的機能（拘縮・麻痺等）	
心理	機能障害改善への固執からの脱却：	
環境	自宅改造　□不要　□要： 福祉機器　□不要　□要： 社会保障サービス　□不要　□身障手帳　□障害年金　□その他： 介護保険サービス　□不要　□要：	
第三者の不利	退院後の主介護者　□不要　□要： 家族構成の変化　□不要　□要： 家族内役割の変化　□不要　□要： 家族の社会活動変化 □不要　□要：	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）	備考

本人・家族への説明　　年　　月　　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン

（リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意）
1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　老健第102－2号）厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日　老健第135号）厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力：「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること

（別紙様式 17 の 2）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　男・女				生年月日(西暦)　　年　　月　　日（　　歳）							利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等

診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：

日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準 ：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ、M

	評価項目・内容　(コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)	短期目標（____ヶ月後）	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害　(JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
基本動作	寝返り（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 起き上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 座位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立ち上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）：		
活動	**活動度**　(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL（B. I.）	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100 点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑鬱: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	

1ヵ月後の目標:	本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	外泊訓練計画:
退院時の目標と見込み時期　:	
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間)	
退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1、J2、A1、A2、B1、B2、C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

（別紙２）

「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」の一部訂正について

第４　経過措置等

７　有床診療所入院基本料２の施設基準のうち「当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、１以上５未満であること」については、平成18年３月31日現在において有床診療所入院基本料Ⅱ群４を算定している有床診療所に限り、次のとおり取扱うこととする。

(2) 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、「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」（平成18年厚生労働省告示第104号）の別表第三の各号に規定する地域に所在し、かつ、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、平成19年３月31日までの間は適用しない。

８　第２及び第３の規定にかかわらず、平成18年６月30日現在において有床診療所療養病床入院基本料１の届出が受理されている保険医療機関については、平成18年７月１日以降新たに該当する有床診療所療養病床入院基本料２の届出を要しないが、平成18年７月以降の実績をもって、施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

別添２

第１　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策に関する基準

２ 院内感染防止対策に関する基準

(2)　当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月１回程度、定期的に開催されていること。

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

４　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(3)　夜間における勤務については、次の点について留意する。

エ　月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前１か月又は４週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近１か月又は直近４週間の実績の平均値により、72時間以下であること。

また、届出直後においては、当該病棟の直近３か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、次の療養病棟の看護職員については、この限りではないこと。

(ｲ)　療養病棟入院基本料２を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添２において「別表第五の二の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添２において「別表第五の三の患者」という。）の合計が８割以上である病棟（ただし、平成18年10月１日以前においては、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「２０対１配置病棟」への変更の届出が行えないことから、~~(2)~~(ﾛ)及び~~(3)~~(ﾊ)を除く病棟については、月平均夜勤時間数が72時間以下である必要があること。）

カ　「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間（以下「~~夜間時間帯~~夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「~~夜間勤務帯~~夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下であるものに限る。

別添３

第６　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算~~の施設基準~~に規定する状態

「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別紙６を参照のこと。

第８　夜間勤務等看護加算

１　夜間勤務等看護加算に関する施設基準等

(6)　「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間（以下「~~夜間時間帯~~夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「~~夜間勤務帯~~夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下であるものに限る。

第18　がん診療連携拠点病院加算

１　がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成18年２月１日健発第0201004号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。

２　届出に関する事項

がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添６の様式23を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

別添４

第16　精神科急性期治療病棟入院料

１　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(2)　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

ウ　当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟で~~ある~~なければならない。

様式３の５

包括病床群を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	入院基本料区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
					届出時	一日平均入院患者数	
病棟・病床及び平均在院日数、入院患者数		包括病床群		床	名	名	
		一般病床		床	名	名	
		一般病棟		床	名	名	日
	合計	一般病棟		合計	合計	合計	

		看護要員現員数					
		看護師		准看護師		看護補助者	
	専任 兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任
看護師・准看護師及び看護補助者数	病床群包括	名	名	名	名	名	名
	病床一般	名	名	名	名	名	名
	一般病棟	名	名	名	名	名	名
	一般病棟合計	合計 名		合計 名		合計 名	

＊１日平均入院患者数の算出期間　　年　月　日～　年　月　日

＊平均在院日数の算出期間　　年　月　日～　年　月　日

［記載上の注意］

1　一般病床とは、包括病床群を有する一般病棟における包括病床群以外の病床をいう。

2　一般病床に係る「病床数」、「入院患者数」及び「看護要員現員数」の欄には、包括病床群の病床数、入院患者数及び看護要員現員数を除いた数を記載すること。

3　「区分」の欄には一般病棟（一般病床を含む。）を包括した入院基本料の区分を記載すること。

4　「平均在院日数」の欄には包括病床群、一般病床及び一般病棟を包括した数を記載すること。

5　「合計」の欄には一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。

様式39

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
① 年　月	日	日
３月前の延べ新規患者数 （措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く） ⑤		
④ 年　月	名	
上記の患者のうち、３月以内に退院し在宅へ移行した患者数 ⑥		
名		

［記載上の注意］

1　③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。

1　④には、①の３月前の年月を記入する。例えば①が平成１８年７月であれば、④は平成１８年４月となる。平成１８年４月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち３月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。

3　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$\frac{②}{②+③} \geqq 0.4 \quad 、 \quad \frac{⑥}{⑤} \geqq 0.4$$

4　当該届出に係る病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

5　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

様式41

老人一般病棟入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

		病 棟 数	病 床 数	入院患者数		備　考
				届 出 時	平 均 数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核・精神病棟	病棟	床	名	名	
	包括病床群 （当該届出病棟）	病棟	床	名	名	

［記載上の注意］

1　届出病棟には結核病棟及び精神病棟は含まないこと。

2　入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。

3　包括病床群を有する一般病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

~~4　看護補助者は、包括病床群において患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~

4　入院基本料の届出を添付すること。

様式42

老人性認知症疾患治療病棟入院料１，２の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

		病棟数	病床数	入院患者数		備考
				届出時	平均数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟	病棟	床	名	名	
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟のうち届出病棟（再掲）	病棟	床	名	名	

勤務形態	三交代制 ・ 二交代制 ・ その他

精神科医師氏名	

作業療法士氏名	

［記載上の注意］

1　入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。

2　当該病棟の入院患者の数（平均数）については、届出時の直近１年間（届出前１年から６月の間　に開設又は増床病棟にあっては、直近６月間とする。）の延入院患者を延日数で除して得た数とすること。なお、届出時前６月の間に開設又は増床した病棟については、年間平均病床利用率として、当該病棟の100パーセントをもって入院患者数とすること。

~~3　看護師等の数は、届出時の数とすること。~~

~~4　看護補助者は、患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~

3　当該届出に係る病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

4　勤務形態とは当該病棟の看護要員の勤務形態のことで、該当する形態に○を記入する。

5　様式４に定める病棟数等と同じ内容のものについては、入院基本料の届出を添付することで所定箇所の記載を省略することができるものであること。

6　所定の研修を修了した者については、修了証書の写しを添付すること又はその旨を備考欄に記入すること。

7　専用の器械、器具の目録を添付すること。

（別紙３）

「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」の一部訂正について

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

(3) 人工内耳埋込術、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ーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、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、埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、生体部分肝移植並びに高エネルギー放射線治療に係る年間実施件数

別添１

第５　喘息治療管理料

２　届出に関する事項

(1)　喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式６を用いること。

第13　歯科疾患総合指導料

２　歯科疾患総合指導料２に関する施設基準

(5)　当該地域において内科等を標榜する保険医療~~関係~~機関との連携体制が確保されていること。

第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

１　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に係る費用を算定するための施設基準

(2)　診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1人以上いること。

第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）

１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

(5)　言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）の基準を満たすものとする。

エ　言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の~~機械~~器械・器具を具備していること。

第46　難病患者リハビリテーション料

１　難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

２　届出に関する事項

(1)　難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式39を用いること。

第48　精神科作業療法

1　精神科作業療法に関する施設基準

(4)　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準（例示）
手　工　芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木　　工	作業台、塗装具、工具等
印　　刷	印刷機具、ワープロ（又はこれに~~変わる~~代わるもの）等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

第50　精神科ショート・ケア「小規模なもの」

1　精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1)　精神科医師及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士~~、~~又は臨床心理技術者~~又は看護師等~~のいずれか１人）の２人で構成される場合には、患者数は、当該従事者２人に対しては１回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

(2)　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ30平方メートル以上とし、患者１人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有~~も~~すること。

第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。）

1　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。）の施設基準

(5)　当該保険医療機関において、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）が合わせて20例以上実施されていること。

第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）

1　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）の施設基準

(2)　当該保険医療機関~~医~~において、整形外科の常勤医師が２名以上いること。

(5)　当該保険医療機関において内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上実施されていること。

第64　経皮的中隔心筋焼灼術

2　届出に関する事項

(1)　経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準の届出及び届出前１年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添２の様式46及び様式51を用いて提出すること。

第65　ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術

1　ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術に関する施設基準

循環器科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が１名以上勤務していること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能である。

第74　生体部分肝移植~~術~~

1　生体部分肝移植~~術~~に関する施設基準

2　届出に関する事項

(1)　生体部分肝移植~~術~~の施設基準に係る届出は、別添２の様式46及び様式57を用いること。

（様式12の2）

地域連携診療計画書（様式例）

説明日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

病名(検査・手術名)：＿＿＿＿＿＿＿＿

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過(日または週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ(OT・PTの指導を含む)										
食事(栄養士の指導も含む)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医＿＿＿＿						【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医＿＿＿＿			

※1　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
※2　入院期間については現時点で予想されるものである。
※3　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。

様式13

（ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ））**の施設基準**に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

１　年間分娩件数

年間分娩件数	例

２　連携保険医療機関

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	

［記載上の注意］

「１」の年間分娩件数は、前年１年間（１月～１２月）に行われた分娩件数を計上し、当該保険医療機関に掲示する分娩件数と同じ数字を用いること。

様式 19 の 2

（主治の歯科医師→連携保険医療機関）

連携保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名　称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

患者氏名		性別　男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考　１．地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、容体の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。

２．連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

様式31の２

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類
（歯科診療に係るものに限る。）

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出　　（　　有　　無　　）	
3　地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日	平成　　年　　月　　日
4　画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

［記載上の注意］
送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式32

［ポジトロン断層撮影
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影］

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1　当該画像診断の従事者に係る事項		
医　　師	医師氏名	核医学診断の経験年数
		年
診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	

2　施設共同利用率に係る事項

①　保有する全ての当該撮影に係る機器の、当該撮影に使用した全患者数

＿＿＿＿名

②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数

＿＿＿＿名

③　特別の関係にある医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数

＿＿＿＿名

④　施設共同利用率　＝　（②－③）／（①－③）×１００％

＝　□　％

［記載上の注意］

1　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に係る製剤の取扱い及び撮影を行う医師及び専任の診療放射線技師につき記載することとし、経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

2　「２」については、施設共同利用率が２０％以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

様式37

〔心大血管疾患リハビリテーション料 / 心大血管疾患リハビリテーション料〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科　・　心臓血管外科					
緊急時に備える体		1．救命救急入院料の届出が受理されている。 2．特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3．緊急手術・検査が行える体制が整っている。					
従事者	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方ﾒｰﾄﾙ					
専用施設に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
ホルター心電図（携帯用心電図記録器）							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

［記載上の注意］

1「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○を付けること。

2　緊急手術・検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

様式42

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

職名	勤務の様態			
精神科医師	常勤	名	非常勤	名
専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
その他の専従の従事者 （職名：　　） （職名：　　）	常勤	名 名	非常勤	名 名

施設の面積 （患者１人当たり	平方メートル 平方メートル）
専用の器械・器具	

（記載事項）

① 当該従事者の職名ごと及び勤務の様態ごとの人数を記載すること。

② 届出事項に係る専用の施設の面積を記載し、配置図及び平面図を添付すること。

③ 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記載すること。

様式43

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

届出日	平成　　年　　月　　日
常勤の精神保健指定医の氏名 （　指　定　番　号　）	（　　）
行動制限最小化委員会	開催回数　（　　）回／月 参加メンバー　（職種） ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化基本指針の作成年月日	平成　　年　　月　　日作成
研修会の実施頻度	開催回数　（　　）回／年

備考　行動制限最小化基本指針を添付のこと。

様式 45

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。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科

2　常勤の整形外科の医師の氏名
氏　　名

3　脊椎手術 300 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例

4　内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）について合わせて 30 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
	例

5　当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数 例

［記載上の注意］

「３」から「５」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 46 により添付すること。

様式 47

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下
脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科
2　常勤の整形外科の医師の氏名
氏　　名

3　脊椎手術３００例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例

4　内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて２０例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
	例

5　当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数
例

［記載上の注意］

「３」から「５」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 46 により添付すること。