

## 歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準に係る届出書添付書類

### 1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

		概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)		1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名: )	
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器認証番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上	

### 2 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

		概 要	
1日平均患者数 (届出前3ヶ月間)		1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

※ 実績がない場合は「2」の記載は、省略して届け出て差し支えない。~~この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。~~

### 3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

#### [記入上の注意]

- 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

( )	入退院支援加算 1
( )	入退院支援加算 2
( )	入退院支援加算 3
( )	入院時支援加算
( )	入退院支援加算（注5の届出医療機関）

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	( 有 無 )
-----------------------------------	---------

1 入退院支援部門に配置されている職員（入院前支援を行う担当者の場合は、□に「レ」を記入すること。）

	氏 名	専従・専任	職 種	経験年数	入院前支援を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	□
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	□

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数	( ) 回
② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	( ) 回
③ ①、②の合計	( ) 回

	病棟数	病床数	基準
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 ( )
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 ( )
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 ( )
⑦ ④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

3 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏名	職種
入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

4. 地域連携に係る体制

	直近の協議日	連携機関名
直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議	月 日	

〔記載上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 入退院支援加算1の届出の場合は1から3を、入退院支援加算2又は3の届出の場合は1を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は、4も記載すること。
- 3 入退院支援加算1又は2及び入院時支援加算の届出の場合は、入退院支援部門の職員について、入退院支援及び地域連携業務に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 連携機関の職員との面会頻度については、過去1年間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 入退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

①	直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数	名	
②	直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数	日	
③	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + <del>vi</del> )	単位	
再掲	i	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	<del>iii</del>	<del>直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数</del>	<del>単位</del>
	<del>iv</del> iii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	<del>v</del> iv	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
	<del>vi</del> v	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	単位
④	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)	単位	

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)