

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類
(定例報告)

都 道 府 県 名 _____

医 療 機 関 コ ー ド _____

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名 _____

届 出 医 療 機 関 の 実 績 等 に つ い て

直近3か月間(令和8年5月～7月)における往診又は訪問診療の状況について	
① 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数	月
② ①が30月以上か 【① $\geq$ 30】	該当 ・ 非該当
③ ②に「該当」する場合、	
(a) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数	回
(b) 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数	月
(c) 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数	月
(d) 届出医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、届出医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合、当該患者数に3月を乗じた月数	月
(e) 重症患者等の割合 【{(a)+(b)+(c)} / {(①)+(c)-(d)} × 100】	%
(f) (e)が20%以上か 【(e) $\geq$ 20】	該当 ・ 非該当

[記載上の留意事項]

- 1 ③の(f)が「非該当」である場合は、在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する基準を満たさない場合である。当該基準の該当・非該当に変更のある場合は、別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生(支)局長に届出を行うこと。