

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって  
別に厚生労働大臣が定めるものの実施報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード

保険医療機関の  
所在地及び名称

開設者名

(連絡先) TEL ( ) -

中国四国厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

診療の名称		施設基準の届出受理年月日及び受理番号	患者からの徴収額
①検査（腫瘍マーカー）（患者の不安を軽減する必要がある場合に限る。）			
①	α-フェトプロテイン	年 月 日 ( ) 第 号	円
	癌胎児性抗原	年 月 日 ( ) 第 号	円
	前立腺特異抗原	年 月 日 ( ) 第 号	円
	CA19-9	年 月 日 ( ) 第 号	円
②リハビリテーション（患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合に限る。）			
②	心大血管疾患	年 月 日 ( ) 第 号	円
	脳血管疾患等	年 月 日 ( ) 第 号	円
	廃用症候群	年 月 日 ( ) 第 号	円
	運動器	年 月 日 ( ) 第 号	円
	呼吸器	年 月 日 ( ) 第 号	円
③精神科専門療法（患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限る。）			
③	精神科ショート・ケア	年 月 日 ( ) 第 号	円
	精神科デイ・ケア	年 月 日 ( ) 第 号	円
	精神科ナイト・ケア	年 月 日 ( ) 第 号	円
	精神科デイ・ナイト・ケア	年 月 日 ( ) 第 号	円

注 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「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」（令和4年3月4日保医発0304第3号）の規定に基づく地方厚生（支）局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。