

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ベースメーカー指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6, 5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の4	BRCA1/2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の9	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	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、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	C T撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37の2, 52
35の3	外傷全身C T加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	連携充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	□	□ 年 月	□	43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□ 年 月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□ 年 月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□ 年 月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	□	□ 年 月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□ 年 月	□	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	□	□ 年 月	□	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□ 年 月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□ 年 月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□ 年 月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□ 年 月	□	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□ 年 月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□ 年 月	□	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	□	□ 年 月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	□	□ 年 月	□	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	□	□ 年 月	□	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	□	□ 年 月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□ 年 月	□	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	□	□ 年 月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□ 年 月	□	52, 48の6
57	イタールの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49
57	イタールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□ 年 月	□	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□ 年 月	□	49の3の2
57の2の3	人工膀胱療法	□	□ 年 月	□	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□ 年 月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□ 年 月	□	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□ 年 月	□	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□ 年 月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□ 年 月	□	49の9

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
57の5	う蝕歯無痛の高洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	54の2の2
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5
60の8	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定器具を用いたもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴うものに限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の22

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	□	□ 年 月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□ 年 月	□	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□ 年 月	□	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□ 年 月	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□ 年 月	□	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	□	□ 年 月	□	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□ 年 月	□	52, 87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 59の3の2
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□ 年 月	□	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	24, 52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	□	□ 年 月	□	52, 62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□ 年 月	□	52, 63
68	大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	□	□ 年 月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の13
69	補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□ 年 月	□	52, 65の3
71	同種心移植術	□	□ 年 月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□ 年 月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□ 年 月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□ 年 月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□ 年 月	□	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□ 年 月	□	52, 65の4の2, 別添2の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□ 年 月	□	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□ 年 月	□	52, 87の15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□ 年 月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□ 年 月	□	52, 66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□ 年 月	□	52, 87の16
74	生体部分肝移植術	□	□ 年 月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□ 年 月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□ 年 月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□ 年 月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□ 年 月	□	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□ 年 月	□	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□ 年 月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□ 年 月	□	52, 67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□ 年 月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□ 年 月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□ 年 月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□ 年 月	□	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□ 年 月	□	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□ 年 月	□	69の4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□ 年 月	□	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨脛固定術	□	□ 年 月	□	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨脛固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の5
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□ 年 月	□	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	□	□ 年 月	□	52, 71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）	□	□ 年 月	□	52, 71の4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
78の6	医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□ 年 月	□	52, 87の20
79の2	手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	□	□ 年 月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添7)13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□ 年 月	□	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術	□	□ 年 月	□	87の23
80	輸血管理料Ⅰ	□	□ 年 月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□ 年 月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□ 年 月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□ 年 月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□ 年 月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□ 年 月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシペート作製術（用手法）及び同種クリオプレシペート作製術	□	□ 年 月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□ 年 月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□ 年 月	□	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□ 年 月	□	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□ 年 月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□ 年 月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□ 年 月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	□	□ 年 月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□ 年 月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□ 年 月	□	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□ 年 月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	75
81の3	歯科麻酔管理料	□	□ 年 月	□	75の2
82	放射線治療専任加算	□	□ 年 月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□ 年 月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□ 年 月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□ 年 月	□	77
83の2	1回線量増加加算	□	□ 年 月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	□	□ 年 月	□	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	□	□ 年 月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□ 年 月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□ 年 月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□ 年 月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□ 年 月	□	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□ 年 月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□ 年 月	□	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	□	□ 年 月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□ 年 月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□ 年 月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□ 年 月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□ 年 月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□ 年 月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□ 年 月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□ 年 月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□ 年 月	□	81



施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 87の3の3
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
97	薬剤服用歴管理指導料 4（情報通信機器を用いた服薬指導）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	91
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。