

自己点検チェックリスト(無床診療所(医科)用)

確認年月日: 令和 年 月 日
保険医療機関名:
医療機関コード:

○このチェックリストは、要件を満たしていない施設基準がある場合に限り、別紙2-2に併せて、各地方厚生(支)局に提出する必要があります。

○以下の施設基準については、年度ごとに実績値が変動する等の理由から、特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があります。

○**届出を行っている施設基準について、「届出を行っているか」の欄に☑を入力し、施設基準への適合性を確認の上、「要件を満たしている」又は「要件を満たしていない」の欄に☑を入力してください。**

○「要件を満たしていない」に☑を入力した施設基準については、併せて「辞退届」を提出する必要があります。

○貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、所管の厚生(支)局のホームページをご参照ください。

○これらの施設基準への適合性の確認にあつては、別紙2-4の補助票もご活用ください。

○なお、別紙2-4の補助票については、施設基準の全てを網羅したものではなく、特に年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。

○このチェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

○**このチェックリストは、年度ごとに実績値が変動する等の理由から、特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があるものを抜粋したものであり、これ以外の施設基準についても、要件を満たしていない場合は「別紙2-2」及び「辞退届」を提出する必要があります。**

■ 対象施設基準	届出を行っているか	要件を満たしているか	
		要件を満たしている	要件を満たしていない
B001 生殖補助医療管理料	☐	☐	☐
B001-3-2 ニコチン依存症管理料(注1に規定する厚生労働大臣が定める基準)	☐	☐	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の1の(1)、(2)のア、又は(2)のイに規定する在宅療養支援診療所(機能強化型)	☐	☐	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅医療充実体制加算	☐	☐	☐
H004 摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算(1及び3に限る)	☐	☐	☐
I002 通院・在宅精神療法 注11 早期診療体制充実加算	☐	☐	☐
K838-2 精巣内精子採取術	☐	☐	☐