

※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地

名称

開設者名

医療機関等コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 []

電話番号 () -

ファクシミリ番号 () -

東北厚生局長 様

チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄に☑チェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無に☑した様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号	
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 10	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 11	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 13	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6-1、6-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 16	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 17	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4			
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
	有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 7			
施設基準 (基本診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 14			
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 15			
施設基準 (特掲診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・初診料の注1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・歯援診	

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称:

(別紙様式7)

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出報告書

(令和3年7月1日現在)

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

	料金額(消費税込)	開始年月日
予約に基づく診察	円	
時間外診察	円	

※ 開始年月日欄には、現在の料金額の徴収を開始した年月日を記入してください。

(別紙様式9)

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
(令和3年7月1日現在)

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

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(税込)
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第7の8に掲げる名称を記載すること。

注2 「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2年3月5日保医発0305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。

(別紙様式 1 2)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和 3 年 7 月 1 日現在)

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。	
保険医療機関の名称	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
明細書発行に ついての状況	費用徴収の有無 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
	費用徴収を行っている 場合その金額 <p style="text-align: right;">円</p>

※ 本報告は、令和 3 年 7 月 1 日時点で「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令 第15号）第 5 条の 2」の明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

※ 平成30年 4 月 1 日より、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、患者から求めがない場合でも、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされています。

(病院である保険医療機関及び保険薬局は、平成30年 4 月 1 日より全面義務化のため報告不要)

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する
多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

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

多焦点眼内レンズの種類(販売名)	承認番号	実施回数	患者からの徴収額(消費税を含む。)
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年7月1日～当年6月30日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「承認番号」について、医薬品医療機器等法上の承認番号を記載すること。
3. 「実施回数」について、同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数すること。
4. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
5. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

届出している場合のみ提出。
 なお、捺印や訂正印は押さないこと。 保険医療機関名

保険医療機関コード

本指導管理料を算定した患者数 (期間: 令和2年4月1日～令和3年3月31日)	①	名
--	---	---

①のうち、令和3年6月末までにHbA1cが改善又は維持された者	②	名
①のうち、令和3年6月末までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③	名
①のうち、令和3年6月末までに血圧が改善又は維持された者	④	名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

= ②/① %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③/① %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④/① %

[記入上の注意]

- 「①」の「本指導管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上してください。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時の直近の検査値を比べてください。
- 「①」における期間は、令和2年4月1日から令和3年3月31日までとします。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から令和3年3月31日までの期間の結果について記入してください。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

本管理料を算定した患者数 (期間: 令和2年4月1日～令和3年3月31日)	①	名
①のうち、令和3年6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後までに行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数 (令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料2の算定回数 (令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間)	⑥	回
ニコチン依存症管理料1の1年間の延べ算定回数 (令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑦	回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間)	⑧	回

・喫煙を止めた者の割合 = $(③+④) \div ①$

%

・治療の平均継続回数 = $(⑦+⑧) \div (⑤+⑥)$

回

【記載上の注意】

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上してください。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上してください。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認してください。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

1 在宅褥瘡対策の実施状況

①	訪問診療全利用者数(令和3年6月1日時点)		名
②	①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数(褥瘡保有者数)		名
③	②のうち、訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 (訪問診療利用開始時褥瘡保有者数)		名
④	②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤	褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
	d1	名	名
	d2	名	名
	D3	名	名
	D4	名	名
	D5	名	名
	DU	名	名

【記載上の注意】

1の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

- ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入してください。(当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める)
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える)
- ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える)
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載してください。
- ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

保険医療機関名

保険医療機関コード

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間: 令和2年4月～令和3年3月)		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡(②の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(②の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

2の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入してください。ただし、1名の患者が複数回、本指導管理料を算定した場合においても、患者1名として数えてください。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入してください。
(1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える)
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれ1名として数えてください。(複数回答)
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入してください。

在宅療養支援診療所に係る報告書
 （在宅療養実績加算含む）（令和3年7月1日現在）

届出している場合のみ提出。
 なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

- 別添1の「第9」の1の(1)
- 別添1の「第9」の1の(2)
- 別添1の「第9」の1の(3)

に規定する在宅療養支援診療所
 ※届出している区分にチェックを入れてください。

在宅療養実績加算の有無

- 加算1
- 加算2
- 加算無し

※加算の区分にチェックを入れてください。

I. 直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。(期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算する。)]し、保険医療機関における平均診療期間を月単位で計上してください。 (1年以上の長期診療患者は、当初からの期間を算入してください。)	(月)	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		(名)	
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	(名)	
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	(名)	
ア うち自宅での死亡者数	①	(名)	
イ うち自宅以外での死亡者数	②	(名)	
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	(名)	
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	(名)	
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	(名)	

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出している医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

II. 直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ (回)	① (回)	(回)	② (回)	③ (回)

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

III. 直近1月間(令和3年6月)における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	(名)
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	(名)
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	(%)

保険医療機関名

保険医療機関コード

IV.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る期間:令和2年7月1日~令和3年6月30日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る期間:令和3年6月1日~令和3年6月30日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合③/(①+②)		%

※ 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所が当報告書を提出する際には、【診療所】別紙様式11の4の「在宅支援連携体制に係る報告書」も記入の上、提出してください。

在宅支援連携体制に係る報告書

〔別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所である場合に提出してください〕

（令和3年7月1日現在）

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

当該報告書は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績を取りまとめて報告するものです。
なお、連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が代表して報告することとして差し支えありません。（他の保険医療機関が代表して実績を報告する場合は、「IV. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名」の欄のみ記載してください。）

I. 直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。〔期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算。〕〕し、連携体制を構築する保険医療機関グループにおける平均診療期間を月単位で計上してください。	()	ヶ月)	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		(名)		
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	(名)		
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	(名)		
ア うち自宅での死亡者数	①	(名)		
イ うち自宅以外での死亡者数	②	(名)		
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	(名)		
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	(名)		
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	(名)		

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出している医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

II. 直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③	①		②	③
(回)	(回)	(回)	(回)	(回)

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

III. 在宅支援連携体制について

1 在宅医療を担当する常勤の医師数	(名)
2 連携する保険医療機関数	(医療機関)
3 直近1年間のカンファレンスの開催状況	(回)

IIIの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載してください。

IV. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名（上記I・II・IIIの数値計上の基礎となった保険医療機関）

（1つの保険医療機関が代表して報告した場合は、報告を行った保険医療機関にチェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

医薬品の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験薬の名称 ・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載してください。
3. 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載してください。
4. 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載してください。
5. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
6. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
7. 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。

医療機器の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験医療機器の名称	治験医療機器の使用目的又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別記号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「使用目的又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的又は効果を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。

再生医療等製品の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験製品の名称	治験製品の 効能、効果又は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験製品の名称」については、治験製品の識別記号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。