

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 平成		
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

様式 8 4

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	()	調剤基本料 (特例除外を含む。)
	()	調剤基本料の特例の特例 調剤基本料の特例のイ (処方せん受付回数月 4, 000 回超かつ集中度 70% 超) 調剤基本料の特例のロ (処方せん受付回数月 2, 500 回超かつ集中度 90% 超 であって、イに該当する場合を除く。) 調剤基本料の特例 (イ又はロ) の妥結率特例

1 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ~ 年 月	
全受付回数 (①)	
うち、主たる医療機関に係る受付回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	
2 24 時間開局に係る体制整備状況	
(参考) 妥結率	%

[記載上の注意]

- 1 「届出に係る調剤基本料の区分」について、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 1 ただし書に該当する場合は上の欄に○を付すこと。
- 2 「1」については、期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の取扱いに基づき記載すること。
- 3 「2」については、24 時間開局における薬剤師の当直体制の概要を記載すること。
- 4 「(参考)」については、直近の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)の別紙様式 1 の妥結率に係る報告書として提出した割合と同様の値を記載すること。また、提出していない場合は、記載しないこと。

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る基準調剤加算の区分 (いずれかに○を付す)	() 基準調剤加算 1 () 基準調剤加算 2
-------------------------------	------------------------------

1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況

2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況

3 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況

4 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況

5 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況

6 備蓄品目数 () (加算 1 の場合は700以上、加算 2 の場合は1000以上)

7 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合
期間： 年 月 ~ 年 月

受付回数 (①)	
主たる医療機関の回数 (②)	
集中度 (②/①) (%)	

8 麻薬小売業者免許証の番号

9 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局

名称	所在地	名称	所在地
①		⑤	
②		⑥	
③		⑦	
④		⑧	

10 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制
(次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)

- (1) 担当者が固定している場合
 - (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合
(主な担当者を記載することで差しつかえない。)
- ・担当薬剤師名：
・連絡先：

11 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況

12 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）

期間： 年 月 ～ 年 月

在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況

実施回数： 回（実施患者数： ）

在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）

実施回数： 回（実施患者数： ）

居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）

実施回数： 回（実施患者数： ）

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 3 「2」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、FAX、Eメール等）の一覧を添付すること。
- 4 「3」については、自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。
- 5 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「9」については、基準調剤加算1の場合のみ記載すること。
- 9 「11」については、基準調剤加算2の場合のみ記載すること。医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 10 「12」については、基準調剤加算2の場合のみ記載すること。実施回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。）を合算して計10回以上であること。
- 11 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

後発医薬品調剤体制加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値50%以上かつ新指標55%以上)
	<input type="checkbox"/> 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標65%以上)

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)				
形 式 ・ 規 格				
空気清浄度、集塵効率等				
台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。
- 3 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2 在宅業務実施体制に係る周知の状況
3 在宅業務に必要な体制の整備状況
4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
5 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間： 年 月 ～ 年 月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回（実施患者数： ） <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 10px;"> 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数： 回（実施患者数： ） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数： 回（実施患者数： ） </div>
6 麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法を記載すること。
- 3 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 4 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 5 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。