

平成 年 月

保険医療機関 殿

介護老人保健施設名称

所在地

電話番号 (FAX)

医師氏名

印

次の者は、施設の入所者であります。通院に係る病名及び病状等は次のとおりです。

入所者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	
	被保険者番号		
通院に係る病名及び病状等			

(別表)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項目	小項目	併設保険医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	診療情報提供料(Ⅰ)(注4に限る)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	在宅療養指導管理に用いる特定保険医療材料	○	○
	在宅療養指導管理の加算として算定できる材料	○	○
	自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤料	○	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法 処置		×	×
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
手術	その他のもの	○	○
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
麻酔	その他のもの	○	○
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
放射線治療		○	○
病理診断		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、特掲診療料の施設基準等(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号)第十六及び別表第十二により規定されているものである。

(注) 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設の入所者について、当該介護老人保健施設の併設保険医療機関においては、上記のほか緊急時施設治療管理料を算定することができる。