

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|--|------|------|---------------|----------------|-----------------------|
| 1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・ マルチスライスＣＴ (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) | | | | | |
| 2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型 番) (メーカー名) (列数又はテスラ数) | | | | | |
| 3 当該病院の許可病床数 | | | | 床 | |
| 4 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | | | |
| 5 循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科 の経験年数 | 心血管インターベン ションの経験年数 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| 6 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数 | | | | | |
| | | | | | 例 |
| 7 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 画像診断の 経験年数 | | |
| | □ | 時間 | 年 | | |
| | □ | 時間 | 年 | | |
| | □ | 時間 | 年 | | |
| | □ | 時間 | 年 | | |
| | □ | 時間 | 年 | | |

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|----------------|
| 8 放射線治療を専ら担当する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 放射線治療 の経験年数 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | 年 |
| 9 関係学会による教育研修施設としての認定等 | | | |
| 関連学会名 | | 認定年月日 | |
| | | | |
| | | | |
| 10 関係学会による総合修練機関としての認定 | | 有 ・ 無 | |
| 学会名： | | | |
| 認定年月日： | | | |
| 11 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無 | | | |
| 画像診断管理加算 1 | | 有 ・ 無 | |
| 画像診断管理加算 2 | | 有 ・ 無 | |
| 画像診断管理加算 3 | | 有 ・ 無 | |

[記載上の注意]

- 「5」、「7」及び「8」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「6」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「7」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 「9」及び「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。