

{

 口腔病理診断管理加算 1  
 口腔病理診断管理加算 2
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等		
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	勤務時間	経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
2 年間の剖検数・検体数等		
① 剖検	件	
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件	
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件	
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会 合（C P C : Clinicopathological Conference）の開催実績		
① 開催年月日	年	月 日
② 開催年月日	年	月 日
③ 開催年月日	年	月 日
④ 開催年月日	年	月 日
⑤ 開催年月日	年	月 日
⑥ 開催年月日	年	月 日

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 口腔病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。