

遺伝学的検査の注
遺伝カウンセリング加算

の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|----|------|----------------|
| 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む | | | |
| 常勤 換算 | 氏名 | 勤務時間 | 遺伝カウンセリングの経験年数 |
| <input type="checkbox"/> | | 時間 | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | 時間 | 年 |
| 2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上） 件 | | | |
| 3 関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無 | | | |
| 4 遺伝学的検査の一部を委託する施設 | | | |
| 名称 | 住所 | 確認方法 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

〔記載上の注意〕

1 「1」については、遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載すること。なお、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非常勤医師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」の口に「✓」を記入すること。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」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。
- 3 「4」については、遺伝学的検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。