超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

専ら脳卒中の診断及び治療	医	師	氏	名	脳卒中の診断及	び治療の	経験年数	女	
を担当する常勤医師に係る									
事項							年	Ξ	
│ │ 医療資源の少ない地域に所在	 Fする保険	医瘤	機関	におい	 て. 以下の差	 進を	<u></u> 満 <i>た</i> し	_	
ている場合には、上記に代えて次の1~3を記載すること。									
1 超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険	(口には)を記入				連携先保険	医療	幾関名	Ĺ	
る届出を打っている他の保険 医療機関との連携体制が構築	で記入	.୨ବ ⊓		0 /	()		
2 日本脳卒中学会が定める	(П.5	け滴	合す	る場合「	l ✔」を記入する	ること	_)		
「脳卒中診療における遠隔医	(Trioxed) was 1 chort, we co								
療 (Telestroke) ガイドライン」				Г	1				
に沿った情報通信機器を用い				_	•				
た診療を行う体制が整備され									
ている									
		医師氏名							
3 配置されている常勤医師			()				
脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室に常設されている装置・器具の名									
称・台数等									
救急蘇生装置	名称()	() {	<u></u> 含	
	DIF (`		\ /	<u></u>	
除細動器	名称()) {	台	
心電計	名称()	() 台	É	
呼吸循環監視装置	名称()	() 台	<u>,</u>	
検査を常時行える体制(□には適合する場合「✓」を記入すること。)									
CT撮影]				
MRI撮影]				
一般血液検査及び				_	-				
凝固学的検査					J				
心電図検査]				

[記載上の注意]

日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる修了証(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。