

ポジトロン断層撮影

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

乳房用ポジトロン断層撮影

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 届出種別			
・新規届出（実績期間	年	月～	年 月）
・再度の届出（実績期間	年	月～	年 月）
・機器増設による届出（実績期間	年	月～	年 月）
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名		核医学診断の経験年数
			年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名		診断撮影機器
3 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数			_____ 名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数			_____ 名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数			_____ 名
④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100			= <input type="text"/> %
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものを○で囲むこと。）			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。