

## 脳波検査判断料 1 の施設基準に係る届出書添付書類

|   |      |           |                 |
|---|------|-----------|-----------------|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  |      |           |                 |
| 科   |      |           |                 |
| 2 MRI装置の名称、型番、メーカー名等<br>（機種名）<br><br>（型 番）<br><br>（メーカー名）<br><br>（テスラ数）<br><br>＜連携保険医療機関において実施している場合＞<br>（名 称）<br><br>（所在地） |      |           |                 |
| 3 脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1名以上）  |      |           |                 |
| 常勤医師の氏名   | 勤務時間 | 診療科名      | 脳波診断に関する診療の経験年数 |
|   | 時間   | 科         | 年               |
|   | 時間   | 科         | 年               |
|   | 時間   | 科         | 年               |
| 4 脳波検査について1年以上の経験を有する常勤の臨床検査技師の氏名等（1名以上）  |      |           |                 |
| 常勤臨床検査技師の氏名   | 勤務時間 | 脳波検査の経験年数 |                 |
|   | 時間   | 年         |                 |
|   | 時間   | 年         |                 |
|   | 時間   | 年         |                 |
| 5 関係学会による教育研修施設としての認定<br>学会名：<br>認定年月日：   |      |           | （ 有 ・ 無 ）       |
| 6 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託  |      |           | 有 ・ 無           |

## 〔記載上の注意〕

- 「2」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置を有しておらず、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「3」及び「4」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。
- 「5」については、認定されていることが確認できる書類を添付すること。