

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類
 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

| | |
|--|------|
| 1 保険医療機関の所在地及び名称 | |
| 2 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等 | |
| ① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師） | |
| 検査技師の氏名 | 経験年数 |
| | |
| ② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数 件 | |

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

| | |
|--|-------------|
| 1 保険医療機関の所在地及び名称 | |
| 2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） | |
| 3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入） | |
| ① 病院の場合 | |
| ・ 特定機能病院 | 承認年月日 年 月 日 |
| ・ 臨床研修指定病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地医療拠点病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地中核病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地医療支援病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日 年 月 日 | |
| 4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等 | |
| 常勤の医師等の氏名 | 経験年数 |
| | |
| | |
| | |

5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項
 (衛生検査所に作製を依頼している場合のみ記入)

① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数 _____ 件

② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数 _____ 件

③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)

| | | | |
|------|-------|-------|---|
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |

④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 =
 (③のうち最大のもの/②) × 100 = %

[記載上の注意]

- 1 標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本の受取側の届出にあつては、常勤の医師又は歯科医師の経歴 (病理診断の経験、勤務状況がわかるもの) を添付すること。