

医療機関等 コード番号									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

届出受理番号 (※)	(C・M) 第	号
------------	---------	---

(届出事項)

[CT撮影及びMRI撮影] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関等の所在地
及び名称

開設者名

印

関東信越厚生局長 殿

- 備考
- 1 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
 - 2 届出書は、（当該用紙及び添付書類を含め）正副2通提出のこと。
 - 3 ※印は記入不要のこと。

連絡先(必ず明記してください。)

担当者氏名

電話番号

CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 64 列以上のマルチスライスCT ・ 16 列以上 64 列未満のマルチスライスCT ・ 4 列以上 16 列未満のマルチスライスCT ・ MRI (3テスラ以上) ・ MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満) 	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(テスラ数等)</p>	
3 保守管理計画の有無	有 ・ 無
4 安全管理責任者の氏名	
5 画像診断管理加算2の届出の有無	有 ・ 無
6 専従の診療放射線技師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI(3テスラ以上)を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。