

## 様式 15

## 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を担当する常勤医師に係る事項	医 师 氏 名	脳卒中の診断及び治療の経験年数
		年
医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関において、以下の基準を満たしている場合には、上記に代えて次の1～4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医療機関との連携体制が構築されている	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) <input type="checkbox"/>	連携先保険医療機関名 ( )
2 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（テレストローク）ガイドライン」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	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) <input type="checkbox"/>	
3 配置されている常勤医師	医師氏名 ( )	
4 脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断等について連携先保険医療機関と連携する体制が整備されている	(□には適合する場合「✓」を記入すること。) <input type="checkbox"/>	
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( ) 台( )	
除細動器	名称( ) 台( )	
心電計	名称( ) 台( )	
呼吸循環監視装置	名称( ) 台( )	
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	<input type="checkbox"/>	
MR I撮影	<input type="checkbox"/>	
一般血液検査及び凝固学的検査	<input type="checkbox"/>	
心電図検査	<input type="checkbox"/>	

## [記載上の注意]

- 1 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。

2 医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関においては、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断等についての連携に係る手順書を添付すること。