様式37の２

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出書添付書類

|  |
| --- |
| 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） 　・マルチスライスＣＴ　　　　（ ６４列以上　　 　１６列以上６４列未満 ） |
| ２　○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等（機種名）（型　番）（メーカー名）（列数又はテスラ数） |
| ３　当該病院の許可病床数 | 　　　　　　　　　　　床 |
| ４　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 |
| ５　循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等 |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 心血管インターベンション治療の経験年数 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
|  | □ | 時間 |  | 年 | 年 |
| ６　経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数　　　　　　　　　　　　　　　　　　 例 |
| ７　画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等 |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 画像診断の経験年数 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
| ８　放射線治療の専従の常勤の医師の氏名等 |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 放射線治療の経験年数 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
|  | □ | 時間 | 年 |
| ９　関係学会による教育研修施設としての認定等 |
| 関連学会名 | 認定年月日 |
|  |  |
|  |  |
| 10　関係学会による総合修練機関としての認定　　　　　　　　　有　・　無　　　　　学会名：　　　認定年月日： |
| 11　画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無 |
| 画像診断管理加算１ | 有　・　無 |
| 画像診断管理加算２ | 有　・　無 |
| 画像診断管理加算３ | 有　・　無 |

 ［記載上の注意］

１　「５」、「７」及び「８」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

２　「６」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「７」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。

４　「９」及び「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。