

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 師 氏 名 | 脳卒中の診断及び治療の経験年数 |
| | | 年 |
| 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 | | 台 |
| 除細動器 | | 台 |
| 心電計 | | 台 |
| 呼吸循環監視装置 | | 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"/> |
| MRI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]

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文書を添付すること。