

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
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	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		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	時間	年
	<input type="checkbox"/>	時間	年
	<input type="checkbox"/>	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」の口に「✓」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。