

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 「K546」から「K550」までに掲げる手術の年間実施症例数					例
7 経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例数等					
当該保険医療機関において冠動脈血流予備能測定検査又は血流予備量比コンピューター断層撮影等により機能的虚血の有無を確認した症例数			うち、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例数		
件			件		
8 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	

9 画像診断管理に係る施設基準への該当性の有無	
画像診断管理加算1の届出	有 ・ 無
当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われている。	該当 ・ 非該当 ※画像診断管理加算2～4の届出を行っている場合は、記載不要
画像診断管理加算2の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算3の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算4の届出	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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。
- 「7」については、届出の前年の件数を記入すること。また、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例の一覧を別添2の様式52により添付すること。その際、「検査名・処置名・手術名」の欄には、「血流予備量比コンピューター断層撮影」と記載すること。
- 「8」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。