様式 80

［保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診］の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出を行う項目（該当するものに○をつける）
（　　）保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
（　　）保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

2　当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名等

（職種）　　（氏名）

（勤務時間）　　時間　　（病理標本作製業務の経験年数）　　年

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

3　病理診断を専ら担当する常勤医師又は歯科医師の氏名等

（職種）　　（氏名）　　（勤務時間）　　時間

4　医療機関種別（該当するものに○をする）
・特定機能病院　　承認年月日　　年　　月　　日
・臨床研修指定病院　　指定年月日　　年　　月　　日
・へき地医療拠点病院　　指定年月日　　年　　月　　日
・「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する医療機関

［記載上の注意］
1　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製と保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の両方の届出を行う場合は、それぞれ別に作成すること。
2　「２」の常勤検査技師及び「３」の常勤医師又は歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。