

様式 23 の 5

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|---------|
| 1 届出を行う区分について（該当する区分に○印をつける） | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ・当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合 | | | |
| 2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | 科 |
| 3 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 4 常勤の臨床検査技師の氏名 | | | |
| 5 当該検査に用いる機器の保守管理の計画の有無 | | | |
| （有・無） | | | |
| 6 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 | | | |
| （有・無） | | | |
| 当該届出を行っている連携保険医療機関名 | | | |
| 7 当該検査を委託する施設 | | | |
| 名称 | 住所 | 確認方法 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[記載上の注意]

- 1 「3」の眼科を担当する常勤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。
- 2 「4」及び「5」については、「当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合」として届出する場合に記載すること。また、「5」については、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 3 「6」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っている保険医療機関との連携体制が整備されている場合には、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 4 「7」については、当該検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。