

- CT透視下気管支鏡検査加算
- 冠動脈CT撮影加算
- 外傷全身CT加算
- 心臓MRI撮影加算
- 乳房MRI撮影加算
- 小児鎮静下MRI撮影加算
- 頭部MRI撮影加算
- 全身MRI撮影加算
- 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
(MRIによるもの)

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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) ・MRI (3テスラ以上 1.5テスラ以上3テスラ未満)			
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。) (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)			
3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器疾患の診療の 経験年数
		時間	年
4 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児のMRI撮影及 び画像診断に関する 経験年数
		時間	年
		時間	年
5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師			

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児麻酔の経験年数
		時間	年
		時間	年
6 画像診断を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
7 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	
8 救命救急入院料の届出の有無		有 ・ 無	
9 関係学会より認定された年月日		平成	年 月 日
10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制		有 ・ 無	
11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器 1 台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「3」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「4」及び「5」については、小児鎮静下MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 5 「6」及び「11」については、頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合（画像診断管理加算3の届出を行っている場合を除く）に記載すること。「6」の常勤医師について、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が10年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 6 頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 7 「7」については、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MRI加算、乳房MRI加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 8 「8」については、外傷全身CT加算の届出を行う場合に記載すること。
- 9 「9」については、乳房MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 10 「10」については、頭部MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。