

病理診断管理加算1、病理診断管理加算2、悪性腫瘍病理組織標本加算、  
デジタル病理画像による病理診断及び国際標準病理診断管理加算  
の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                      |                                  |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 届出する項目（該当するいずれか1つを○で囲むこと）                                                          |                                  | 1：病理診断管理加算1<br>2：病理診断管理加算2<br>3：悪性腫瘍病理組織標本加算<br>4：デジタル病理画像による病理診断<br>5：国際標準病理診断管理加算 |
| 2 標榜診療科（該当する□に「✓」を記入すること。）                                                           |                                  | <input type="checkbox"/> 病理診断科                                                      |
| 3 病理診断を専ら担当する医師の氏名等常勤医師の氏名等                                                          |                                  |                                                                                     |
| 医師1                                                                                  | 氏名                               |                                                                                     |
|                                                                                      | 常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）        | 常勤 ・ 非常勤                                                                            |
|                                                                                      | 勤務時間                             | 時間                                                                                  |
|                                                                                      | 病理診断を専ら担当した経験年数                  | 年                                                                                   |
|                                                                                      | 医療機関勤務<br>（該当する場合、□に「✓」を記入すること。） | <input type="checkbox"/>                                                            |
| 医師2                                                                                  | 氏名                               |                                                                                     |
|                                                                                      | 常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）        | 常勤 ・ 非常勤                                                                            |
|                                                                                      | 勤務時間                             | 時間                                                                                  |
|                                                                                      | 病理診断を専ら担当した経験年数                  | 年                                                                                   |
|                                                                                      | 医療機関勤務<br>（該当する場合、□に「✓」を記入すること。） | <input type="checkbox"/>                                                            |
| 医師3                                                                                  | 氏名                               |                                                                                     |
|                                                                                      | 常勤・非常勤（該当するいずれか1つを○で囲むこと）        | 常勤 ・ 非常勤                                                                            |
|                                                                                      | 勤務時間                             | 時間                                                                                  |
|                                                                                      | 病理診断を専ら担当した経験年数                  | 年                                                                                   |
|                                                                                      | 医療機関勤務<br>（該当する場合、□に「✓」を記入すること。） | <input type="checkbox"/>                                                            |
| 3 年間の剖検数・検体数等                                                                        |                                  |                                                                                     |
| ① 剖検                                                                                 |                                  | 件                                                                                   |
| ② 病理組織標本作製（術中迅速病理標本作製を含む）                                                            |                                  | 件                                                                                   |
| ③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）                                                                    |                                  | 件                                                                                   |
| 4 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）の開催実績 |                                  |                                                                                     |
| 開催年月日①（和暦で記載すること）                                                                    |                                  | 年 月 日                                                                               |
| 開催年月日②（和暦で記載すること）                                                                    |                                  | 年 月 日                                                                               |
| 開催年月日③（和暦で記載すること）                                                                    |                                  | 年 月 日                                                                               |
| 開催年月日④（和暦で記載すること）                                                                    |                                  | 年 月 日                                                                               |
| 5 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。）                                         |                                  |                                                                                     |
| 病理診断管理加算1の施設基準                                                                       |                                  | 有 ・ 無                                                                               |
| 病理診断管理加算2の施設基準                                                                       |                                  | 有 ・ 無                                                                               |
| 口腔病理診断管理加算3の施設基準                                                                     |                                  | 有 ・ 無                                                                               |
| 口腔病理診断管理加算4の施設基準                                                                     |                                  | 有 ・ 無                                                                               |

|                                          |       |
|------------------------------------------|-------|
| 6 デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等） |       |
| 7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無  | 有 ・ 無 |

[記載上の注意]

- 1 「2」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。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。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、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病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、病理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 2 「3」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「4」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。記載する場合、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 「5」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「6」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 6 「7」については、国際標準病理診断管理加算の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。記載する場合、認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。