

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

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)		
4 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	常勤医師の氏名	経験年数
		年
5 画像診断管理加算2の施設基準への該当性の有無 有                                      .                                      無		
6 救命救急入院料の届出の有無 有                                      .                                      無		
7 関係学会より認定された年月日 平成      年      月      日		

[記載上の注意]

- 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」については、機器ごとに記載すること。
- 「4」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。
- 「5」については、冠動脈CT撮影加算、心臓MRI加算及び乳房MRI加算を届け出る場合に記載すること。
- 「6」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 「7」については乳房MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。