

C T 透視下気管支鏡検査加算
 冠動脈 C T 撮影加算
 外傷全身 C T 加算
 心臓 M R I 撮影加算
 大腸 C T 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 C T (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) ・ M R I (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 (C T の場合は列数、 M R I 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年以上有する常勤医師の氏名等						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">診療科</th> <th style="width: 50%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 30%;">経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> </tbody> </table>	診療科	常勤医師の氏名	経験年数			年
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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						
6	救命救急入院料 の届出の有無 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						

[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 「4」については、C T 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 「5」については、冠動脈 C T 撮影加算又は心臓 M R I 加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」については外傷全身 C T 加算を届け出る場合に記載すること。