

様式79の2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名等	
常勤検査技師の氏名	経験年数（5年以上）

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 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 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。）	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本の送付側の届出にあつては、常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。