

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

1 認知症疾患医療センターの指定	有 ・ 無
2 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を担当する医師の氏名	
3 専任の臨床心理技術者の氏名	
4 医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の氏名	
氏名	職種
5 検査体制	
コンピュータ断層撮影装置 (CT)	有 ・ 無
磁気共鳴画像装置 (MRI)	有 ・ 無
脳血流シンチグラフィ (SPECT)	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 認知症疾患医療センターについては、「1」の記載のみで足りること。
- 2 「2」については医師の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 3 「3」の専任の臨床心理技術者の当該保険医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「4」の医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の当該医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「5」の検査体制について、MRI又はSPECTを有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確認できる文書を添付すること。