

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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 平成 年 月 日 </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、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。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「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。