

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
| 1 届出種別 | | | |
| ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | | |
| ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | | |
| 2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | 科 |
| 3 長期脳波ビデオ同時記録検査の年間実施件数 | | | 例 |
| 4 てんかんの治療を目的とする手術の年間実施件数 | | | 例 |
| <連携保険医療機関において実施している場合> | | | |
| (名 称) | | | |
| (所在地) | | | |
| 5 MRI 装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等 | | | |
| MRI 装置 (機種名) (型 番) (メーカー名) (テスト数) | ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名) | シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名) | |
| <連携保険医療機関において実施している場合> | | | |
| (名 称) | (名 称) | (名 称) | |
| (所在地) | (所在地) | (所在地) | |
| 6 てんかんに係る診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等 (1 名以上) | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | てんかんに関する診療の経験年数 |
| | 時間 | 科 | 年 |
| | 時間 | 科 | 年 |
| 7 常勤の看護師の氏名 | | | |
| 8 常勤の臨床検査技師の氏名 | | | |
| 9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療、外科的治療との連携 等) | | | |
| 10 関係学会による教育研修施設としての認定 | | | 有 ・ 無 |
| 学会名： | | | |
| 認定年月日： | | | |
| 11 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託 | | | 有 ・ 無 |

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」については、当該検査例一覧（実施年月日、検査・手術名、患者性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施しておらず、当該手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関において MRI 装置等を有しておらず、MRI 装置等を有している保険医療機関との連携

体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

4 「6」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

5 「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。