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

標本等の送付・送信側（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　５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等 ①　病院の場合（当該病院の常勤検査技師）

常勤検査技師の氏名	経験年数
	年

②　上記に該当する常勤の検査技師がいない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数　　件
３　デジタル病理画像の作成・送信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

標本等の受取・受信側（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　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに〇をつけること。） 病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日） 口腔病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日）
３　医療機関の種類（①、②又は③の該当するものを記入） ①　病院の場合 ・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
②「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する医療機関
③　病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日　　年　　月　　日
４　病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等

常勤の医師又は歯科医師の氏名	勤務時間	病理診断を専ら担当した経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

５　受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項
（衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入）

①　標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数　＿＿＿＿＿＿件

②　①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数　＿＿＿＿＿＿件

③　②の内訳（作製数の多い衛生検査所の開設者上位３者の名称及び作製数）

（名称）　（作製数）＿＿＿＿＿＿件

（名称）　（作製数）＿＿＿＿＿＿件

（名称）　（作製数）＿＿＿＿＿＿件

④　同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合＝
（③のうち最大のもの／②）×１００＝　□　％

６　デジタル病理画像による病理診断の届出状況

デジタル病理画像による病理診断（　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１　標本等の送付・送信側及び標本等の受取・受信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、標本等の送付・送信側の保険医療機関の届出書については、標本等の受取・受信側に係る事項についても記載すること。

２　「４」の常勤医師又は歯科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。

３　標本等の送付・送信側における「３」および標本等の受取・受信側における「６」については、デジタル病理画像の送受信を行わない場合は、記載しなくてよいこと。