

ポジトロン断層撮影  
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影  
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影  
 乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る  
届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影</li> <li>・ ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）</li> </ul>			
2 届出区分 ・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） ・機 器 増 設 に よ る 届 出（実績期間      年      月～      年      月）			
3 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	勤務時間  時間	核医学診断の経験年数  年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	勤務時間  時間	診断撮影機器
4 「診療用PET薬剤製造施設認証」の有無			（有・無）
5 「PET撮像施設認証」の有無			（有・無）
6 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数			_____名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数			_____名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数			_____名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100			= <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %
7 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものに○をつける）			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			

### 3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関

#### [記載上の注意]

- 1 「2」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の常勤医師及び診療放射線技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。また、医師の関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 「4」は、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）の届出を行う場合（放射性医薬品合成設備を用いる場合に限る。）に記載すること。認証されていることが確認できる資料を添付すること。
- 4 「5」は、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）の届出を行う場合に記載すること。認証されていることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「6」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「7」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。