様式１

画像診断管理認証制度に係る届出様式

画像診断管理加算２　 画像診断管理加算３

頭部MRI撮影加算 全身MRI撮影加算

※　該当する届出項目を○で囲むこと。（複数可）

※　有無については○で囲むこと。

共通記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| １　 医療機関名 | |
| ２　 医療機関の住所 | |
| ３　 医療機関の管理者名（院長名等） | |
| ４　 放射線診断部門の責任者名 | |
| ５ 放射線診断専門医の氏名・専門医番号  （画像診断管理加算2：1名以上 頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算：3名以上  画像診断管理加算3：6名以上 の常勤医を記載） | |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |
| 氏名  専門医番号 R　　　　DR | 氏名  専門医番号 R　　　　DR |

［記載上の注意］

画像診断管理認証制度に係る届出を行う場合は、「１」～「５」を全て記載する。適切な被ばく管理に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| ６　 被ばく線量撮影プロトコル管理チームの有無（CT） | 有　・　無 |
| ７　 チームの責任者の氏名 | |
| ８　 電子的な被ばく線量管理の記録・管理 の有無（CT） | 有　・　無 |
| ９　 被ばく線量管理ソフトウエアの名称 | |
| １０ 小児用のプロトコルの有無 | 有　・　無 |

MRI安全管理に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| １１ MRI検査安全管理チームの有無 | 有　・　無 |
| １２ MRI検査安全管理チームの責任者の氏名 | |
| １３ MRI検査前、検査中の安全管理に関する　　　　　　 運用マニュアルの有無 | 有　・　無 |
| １４ MRI安全運用に関する講習会への参加の有無 | 有　・　無 |
| １５ MRI装置の始業時・終業時ならびに保守点検の実施　 の有無 | 有　・　無 |

全身MRIに関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| １６　 骨シンチにおける被ばく線量管理の記 録・管理　　 の有無 | 有　・　無 |
| １７ 前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の 指針に基づく運用体制の有無 | 有　・　無 |

［記載上の注意］

１　指針中の「線量調査への参加」の有無に関しては、学会の履歴で判断しますので、記載不要です。

２ 画像診断管理加算2の届出を行う場合は、「11」～「15」を記載する。

３ 画像診断管理加算3の届出を行う場合は、「6」～「15」を記載する。

４ 画像診断管理加算2と併せて頭部MRI撮影加算の届出を行う場合は、「6」～「10」を記載する。

５ 画像診断管理加算2もしくは画像診断管理加算3と併せて全身MRI撮影加算の　届出を行う場合は、「16」、「17」を記載する。