様式 34

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影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 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有 ・ 無

受信側（画像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 画像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。） 画像診断管理加算（ 1 2 3 4 ）の届出年月日（ 年 月 日）
3 病院の種類（該当するものに〇をつけること。） ・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 ・「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病院
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

［記載上の注意］

送信側及び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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。