

冠動脈 CT 撮影を依頼される先生方へ

加古川中央市民病院
患者支援センター 地域連携室

冠動脈 CT 撮影依頼における医学的根拠記載のお願い

2020 年度診療報酬改定により、冠動脈 CT 撮影において、医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載することがルール化されました。

下記に該当する項目を選択の上、加古川中央市民病院 地域連携室まで FAX 送信
をお願いします。（記号に○印をご記入下さい）

患者名 _____

- ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた
場合に限る。）
- イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合
に限る。）
- ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合
又はその確認が困難な場合に限る。）
- エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙
等）が認められる場合
- オ その他、冠動脈 CT 撮影が医学的に必要と認められる場合