様式54の６

　網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

|  |
| --- |
| １　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）科　 |
| ２　常勤の眼科の医師の氏名等（２名以上、うち１名は10年以上の眼科の経験を有するもの） |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数（２名以上、うち１名は10年以上の眼科の経験を有するもの） | 網膜再建術の経験症例数 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
| ３　常勤の麻酔科標榜医の氏名等（１名以上） |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 |
|  | 時間 | 年 |
|  | 時間 | 年 |
| ４　当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10例以上）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例 |
| ５　緊急手術が可能な体制 | 有　　　　　・　　　　　無 |

［記載上の注意］

１　「２」の眼科を担当する常勤医師及び「３」の常勤麻酔科標榜医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）を記載すること。

２　「３」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

３　「２」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。