様式87の５

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）の施設基準に係る

届出書添付書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　耳鼻咽喉科の経験を有する常勤の医師の氏名等（５年以上の経験を有する常勤の医師が２  名以上、そのうち１名以上が10 年以上の経験を有する者） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | | | 耳鼻咽喉科の経験年数 |
|  | 時間 | | | 年 |
|  | 時間 | | | 年 |
| ２　「１」のうち、20例以上の喉頭形成手術の経験を有し、関係学会による手術講習会を受講した医師の氏名等 | | 氏名：  講習会の名称：  講習会の実施主体：  受講日：　　　　年　　　月　　　日 | | |
| ３　音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること | | | 有　・　無 | |

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医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。

２　「２」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。

３　「２」については、医師の氏名、講習会の名称、実施主体及び受講日を記載すること。