様式51の３

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算

の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  科 | | | | | |
| ２　脳神経外科の常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | | | 勤務時間 | | 脳神経外科の  経験年数 |
|  | | | 時間 | | 年 |
|  | | | 時間 | | 年 |
|  | | | 時間 | | 年 |
| ３　２の常勤医師に係る所定の研修の修了状況 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 研修の名称 | | | 研修の実施主体 | 研修修了日 |
|  |  | | |  | 年　　月　　日 |
|  |  | | |  | 年　　月　　日 |
|  |  | | |  | 年　　月　　日 |
| ４　術中の病理検査が可能な体制 | | | | 有　・　無 | |
| ５　病理部門の病理医の氏名 | | | |  | |
| ６　合併症への対応の体制 | | | | 有　・　無 | |
| ７　当該機器の使用管理区域 | | | | （概要） | |
| ８　機器管理責任者の氏名等 | | | | | |
| 機器管理責任者の氏名 | | 所定の研修状況 | | | |
| 研修の名称 | | 研修の実施主体 | 研修修了日 |
|  | |  | |  | 年　　月　　日 |
| ９　保守管理の計画 | | | | （　有　　・　　無　） | |

［記載上の注意］

１　「２」の脳神経外科を担当する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）を記載すること。

２　「３」及び「８」について、常勤医師の氏名、機器管理責任者の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。ただし、「２」、「３」及び「８」は同一の者であってもよい。