

様式 24 の 4

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 当該検査用の器械・器具の 名称、台数等 | | |
| 緊急時のための手術室 | 平方メートル | |
| 緊急検査が可能な検査体制 | 有・無 | |
| 担当医師の状況 | | |
| 常時(午前0時より午後12時までの間) 待機医師 | 日勤 名 その他 () 名 | 当直 名 名 |
| 5年以上の経験を有する医師 | 常勤 名 | 非常勤 名 |
| 当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等 | | |
| 生化学的検査 | | |
| 血液学的検査 | | |
| 微生物学的検査 | | |
| 画像診断 | | |
| 病理学的検査 | | |
| 臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制 | | |
| | 人 数 | 勤 務 形 態 |
| 臨床検査技師 | 名 | |
| 診療放射線技師 | 名 | |
| 糖尿病管理 患者数 | 実患者数 | 算定期間 |
| | 名 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。