

様式 31 の 4

前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）
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 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について4年以上の経験を有し、前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）を主として実施する医師として5例以上の症例を実施している医師の氏名等				
診療科名	医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）に係る経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例
3 放射線科の経験を5年以上有している医師の氏名（1名以上）				
4 当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無 (有・無)				
5 撮影に使用するMRIの名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型番) (メーカー名) (テスラ数)				

[記載上の注意]

- 「2」の泌尿器科を担当する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」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。