様式53

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　大腸肛門疾患  下部尿路機能障害　　の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該疾患の診療の  経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
|  | 時間 |  |  |
|  | 時間 |  |  |
|  | 時間 |  |  |
|  | 時間 |  |  |
|  | 時間 |  |  |
| ２　緊急事態に対応するための体制　　　　　　　　　（　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）を記載すること。

（便失禁に対して実施する場合）、大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

　　（過活動膀胱に対して実施する場合）、下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有　　する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了　　日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　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。