様式20の10

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る

届出書添付書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 届出種別  ・新規届出　（実績期間 年 月　～ 年 月）  ・再度の届出（実績期間 年 月　～ 年 月） | | | | |
| ２ 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  科 | | | | |
| ３　過去５年間の膠芽腫の治療の実施症例数  　例 | | | | |
| ４ 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 | 膠芽腫の治療の経験症例数 | 所定の研修の有無 |
|  | 時間 | 年 | 例  うち過去５年間の経験症例数  例 | 有・無 |
|  | 時間 | 年　　　　　　年 | 例  うち過去５年間の経験症例数  例 | 有・無 |
|  | 時間 | 年 | 例  うち過去５年間の経験症例数  例 | 有・無 |

［記載上の注意］

１「１」は、特掲施設基準通知第２の４の(３)に定めるところによるものであること。

２「３」及び「４」は、実績期間内に５例以上が必要であること。また、手術、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した膠芽腫症例一覧（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「４」の常勤医師の勤務時間について、週あたりの所定労働時間を記載すること。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（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。

４　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。