

様式 87 の 5

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）の施設基準に係る
届出書添付書類

| | | |
|---|---|------------|
| 1 耳鼻咽喉科の経験を有する常勤の医師の氏名等（5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上、そのうち1名以上が10年以上の経験を有する者） | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 耳鼻咽喉科の経験年数 |
| | 時間 | 年 |
| | 時間 | 年 |
| 2 「1」のうち、20例以上の喉頭形成手術の経験を有し、関係学会による手術講習会を受講した医師の氏名等 | 氏名： 講習会の名称： 講習会の実施主体： 受講日： 年 月 日 | |
| 3 音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること | 有 ・ 無 | |

[記載上の注意]

- 「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。
- 「2」については、医師の氏名、講習会の名称、実施主体及び受講日を記載すること。