

様式 54 の 7

内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）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 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 （拡大副鼻腔手術）の症例数	
	年		例
	年		例
	年		例
3 脳神経外科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数		
			年
			年
4 眼科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも1名は5年以上）		
			年
			年
5 緊急手術が可能な体制	有	・	無

[記載上の注意]

- 1 「2」については当該症例一覧（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 「2」の耳鼻咽喉科の常勤医師、「3」の脳神経外科の常勤医師及び「4」の眼

科の常勤医師の氏名、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。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

- ・耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・脳神経外科の常勤医師
  - ・眼科の常勤医師
  - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
  - ・5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤の医師
- 3 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。