

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術の  
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 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （うち1名は5年以上の 眼科の経験を有するも の）	水晶体再建術の 経験症例数	観血的緑内障手術 の経験症例数
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例
	時間	年	例	例

[記載上の注意]

- 1 「2」の眼科を担当する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。
- 2 「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。