様式54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | | |
| ２　頭蓋骨形成手術について５例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の常勤  医師の氏名等（それぞれ１名以上） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の  経験年数 | 頭蓋骨形成手術  の経験症例数 |
|  | 時間 |  | 年 | 例 |
|  | 時間 |  | 年 | 例 |
|  | 時間 |  | 年 | 例 |
| ３　当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数  （５例以上）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例 | | | | |

［記載上の注意］

１　「２」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。

２　「２」及び「３」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。

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。