

様式 51 の 3

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算  
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。） |         |                |       |
|                              |         |                | 科     |
| 2 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<br>経験年数 |       |
|                              | 時間      | 年              |       |
|                              | 時間      | 年              |       |
|                              | 時間      | 年              |       |
| 3 2の常勤医師に係る所定の研修の修了状況        |         |                |       |
| 常勤医師の氏名                      | 研修の名称   | 研修の実施主体        | 研修修了日 |
|                              |         |                | 年 月 日 |
|                              |         |                | 年 月 日 |
|                              |         |                | 年 月 日 |
| 4 術中の病理検査が可能な体制              |         | 有 ・ 無          |       |
| 5 病理部門の病理医の氏名                |         |                |       |
| 6 合併症への対応の体制                 |         | 有 ・ 無          |       |
| 7 当該機器の使用管理区域                |         | (概要)           |       |
| 8 機器管理責任者の氏名等                |         |                |       |
| 機器管理責任者の氏<br>名               | 所定の研修状況 |                |       |
|                              | 研修の名称   | 研修の実施主体        | 研修修了日 |
|                              |         |                | 年 月 日 |
| 9 保守管理の計画                    |         | ( 有 ・ 無 )      |       |

[記載上の注意]

- 「2」の脳神経外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。
- 「3」及び「8」について、常勤医師の氏名、機器管理責任者の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。ただし、「2」、「3」及び「8」は同一の者であってもよい。