

緑内障手術（流出路再建術（眼内法））、緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）、緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））及び毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

項目		記載欄
1 眼科を標榜している保険医療機関である (該当する□に「✓」を記入すること。)		□
2 5年以上の経験を有する医師の氏名等		
医師 1	氏名	
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	眼科の経験年数	年
	水晶体再建術の経験症例数	例
	観血的緑内障手術の経験症例数	例
医師 2	氏名	
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	眼科の経験年数	年
	水晶体再建術の経験症例数	例
	観血的緑内障手術の経験症例数	例
医師 3	氏名	
	勤務形態（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
	眼科の経験年数	年
	水晶体再建術の経験症例数	例
	観血的緑内障手術の経験症例数	例
3 当該手術を行うために必要なモニター・眼内内視鏡等の一覧		
機器 1	機器名（製品名）	
	保守管理の計画の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：有 2：無
機器 2	機器名（製品名）	
	保守管理の計画の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：有 2：無
機器 3	機器名（製品名）	
	保守管理の計画の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：有 2：無

[記載上の注意]

- 1 「2」の眼科を担当する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」の眼科の経験年数については、少なくとも1人は5年以上の経験を有すること。
- 3 「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。
- 4 毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）の届出を行う場合のみ、「3」を記入すること。