

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は  
帯状角膜変性に係るものに限る。)) の施設基準に係る届出書添付書類

| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                        |      |         |                  |
|--|------|---------|------------------|
|  |      |         | 科                |
| 2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 |      |         |                  |
| 常勤医師の氏名  | 勤務時間 | 眼科の経験年数 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|  | 時間   | 年       | 例                |
|  | 時間   | 年       | 例                |
|  | 時間   | 年       | 例                |
| 3 眼科の常勤医師の氏名<br>(1名以上、「2」と重複しても可)                    |      |         |                  |
|  |      |         |                  |
|  |      |         |                  |
|  |      |         |                  |

[記載上の注意]

- 1 「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。
- 2 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。