

緊急穿頭血腫除去術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に関する事項（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）			
A300救命救急入院料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301特定集中治療室管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
A301-4小児特定集中治療室管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2 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
3. 常勤医師の氏名			
診療科名	医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数
科		時間	年
科		時間	年
科		時間	年
科		時間	年
4 救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師の氏名等			
看護師の氏名		救急医療の看護に従事した年数	
		年	
		年	
		年	

[記載上の注意]

「3」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。