

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 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 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。