様式53

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　大腸肛門疾患  下部尿路機能障害　　の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | | 当該疾患の診療の  経験年数 | |
|  | | 時間 | |  | |
|  | | 時間 | |  | |
|  | | 時間 | |  | |
|  | | 時間 | |  | |
|  | | 時間 | |  | |
| ２　１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 |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 |
| ３　緊急事態に対応するための体制　　　　　　　　　（　有　・　無　） | | | | | |

［記載上の注意］

１　「１」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。

２　「２」については、

（便失禁に対して実施する場合）

大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の所定の研修修了状況について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

　　 （過活動膀胱に対して実施する場合）

下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤医師の所定の研修修了状況について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。