様式54の８

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）及び緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））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 ５年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（１名以上） |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数（うち１名は５年以上の眼科の経験を有するもの） | 水晶体再建術の経験症例数 | 観血的緑内障手術の経験症例数 |
|  | 時間  | 年  | 例  | 例  |
|  | 時間  | 年  | 例  | 例  |
|  | 時間  | 年  | 例  | 例  |

［記載上の注意］

１　「２」の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。

２　「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。