様式54の２の２

内皮移植加算の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　届出種別  　　・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）  　　・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） | | | |
| ２　標榜診療科（当該手術を担当する科名）  科 | | | |
| ３　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | | 眼科の経験年数 |
|  | 時間 | | 年 |
|  | 時間 | | 年 |
| ４　当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
| ４　当該保険医療機関における角膜移植術の実施症例数　　　　　　　　　　　　　例 | | | |

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」及び「４」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。

３　「４」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。