

**内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術  
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<br>経験年数 | 内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘<br>出術の実施症例数 |
|                              | 時間   | 年              | 例                               |
|                              | 時間   | 年              | 例                               |
|                              | 時間   | 年              | 例                               |
|                              | 時間   | 年              | 例                               |
|                              | 時間   | 年              | 例                               |
| 3 麻酔科の常勤医師の氏名等               |      |                |                                 |
| 常勤医師の氏名                      | 勤務時間 | 麻酔科の経験年数       |                                 |
|                              | 時間   | 年              |                                 |
|                              | 時間   | 年              |                                 |
| 4 合併症への対応の体制                 |      | 有・無            |                                 |

[ 記載上の注意 ]

- 1 「2」は内視鏡下脳腫瘍生検術又は内視鏡下脳腫瘍摘出術を、当該手術に習熟した医師の補助として合わせて10例以上経験し、医師当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として合わせて10例以上必要であること。また、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。
- 2 「2」及び「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。
- 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。