

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|---------|------|----------------|----------------|
| 1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等 | | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の 経験年数 | 当該検査の 経験症例数 |
| | | 時間 | 年 | 例 |
| 2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要 | | | | |
| (有 ・ 無) (概要) | | | | |

[記載上の注意]

「1」の産婦人科、神経内科、循環器内科又は小児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）を記入すること。医師が経験した当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、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。