

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
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 経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 術中の病理検査が可能な体制		有 ・ 無	
4 病理部門の病理医の氏名			
5 合併症への対応の体制		有 ・ 無	
6 当該機器の使用管理区域		（概要）	
7 機器管理責任者の氏名等			
機器管理責任者の氏名		所定の研修修了年月日	

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の脳神経外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」及び「7」について、所定の研修修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。ただし、「2」及び「7」は同一の者であってもよい。