

様式 51 の 3

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。