

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術の
施設基準に係る届出書添付書類

| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | | |
|--------------------------------|------|--|------------------|--------------------|
| 科 | | | | |
| 2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数 （うち1名は5年以上の 眼科の経験を有するも の） | 水晶体再建術の 経験症例数 | 観血的緑内障手術 の経験症例数 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の眼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」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。