

**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 経験年数	内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘 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。