

人工中耳植込術  
人工内耳植込術  
植込型骨導補聴器移植術  
植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|   |            |               |
|---|------------|---------------|
| 1 届出種別  |            |               |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）   |            |               |
| 2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                    |            |               |
| 科   |            |               |
| 3 内耳又は中耳に対する手術の実施数                              |            |               |
| 例   |            |               |
| 4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等（3名以上）                            |            |               |
| 常勤医師の氏名   | 耳鼻咽喉科の経験年数 | 人工内耳植込術の経験症例数 |
|   | 年          | 例             |
|   | 年          | 例             |
|   | 年          | 例             |
|   | 年          | 例             |
| 5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名（2名以上）                        |            |               |
| 6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合 |            |               |
| 連携医療機関の名称                                       |            |               |
| 開設者名  |            |               |
| 所在地   |            |               |
| 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名                                   |            |               |

言語聴覚療法に専従する職員の氏名（２名以上）

[記載上の注意]

- １ 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- ２ 「３」は、新規届出の場合には実績期間内に１５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に３０例以上が必要であること。また、当該症例一覧（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。
- ３ 「４」及び「６」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「５」及び「６」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・５年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
  - ・１例以上の人工内耳植込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・言語聴覚療法に専従する職員
  - ・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員
- ４ 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。