

様式 87 の 7

後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
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。） | | |
| 2 脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師の氏名等（1 名以上） | | |
| 医師の氏名 | 脊椎又は脊髄に係る手術の経験症例数 | 後縦靱帯骨化症に係る手術の経験症例数 |
| | 例 | 例 |
| | 例 | 例 |
| 3 整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 4 顕微鏡下に手術が実施できる体制 有 ・ 無 | | |
| 5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制 有 ・ 無 | | |

[記載上の注意]

- 「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。
- 「2」及び「3」については、医師の氏名、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。
 - ・脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師
 - ・整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師
- 「3」の常勤医師の経歴（整形外科又は脳神経外科の経験年数がわかるもの）を添付すること。