

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	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	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤の眼科医師の氏名、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。
 - ・眼科の常勤医師
 - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
- 2 「2」については当該症例一覧（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。