

様式 24 の 4

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                |                   |               |
|------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 当該検査用の器械・器具の<br>名称、台数等                         |                   |               |
| 緊急時のための手術室                                     | 平方メートル            |               |
| 緊急検査が可能な検査体制                                   | 有・無               |               |
| 担当医師の状況                                        |                   |               |
| 常時(午前0時より午後12時までの間)<br>待機医師                    | 日勤 名<br>その他 ( ) 名 | 当直 名          |
| 5年以上の経験を有する医師                                  | 常勤 名              | 非常勤 名         |
| 当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等 |                   |               |
| 生化学的検査                                         |                   |               |
| 血液学的検査                                         |                   |               |
| 微生物学的検査                                        |                   |               |
| 画像診断                                           |                   |               |
| 病理学的検査                                         |                   |               |
| 臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制                          |                   |               |
|                                                | 人 数               | 勤 務 形 態       |
| 臨床検査技師                                         | 名                 |               |
| 診療放射線技師                                        | 名                 |               |
| 糖尿病管理<br>患者数                                   | 実患者数              | 算定期間          |
|                                                | 名                 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」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。
- 2 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。