

**仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術  
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 <span style="font-size: 1.2em;">{</span> 大腸肛門疾患 下部尿路機能障害 <span style="font-size: 1.2em;">}</span> の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	当該疾患の診療の 経験年数	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
2 緊急事態に対応するための体制 <span style="float: right;">（ 有 ・ 無 ）</span>			

**[記載上の注意]**

- 1 「1」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。  
 （便失禁に対して実施する場合）、大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- （過活動膀胱に対して実施する場合）、下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 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。