

様式 87 の 27

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）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 10 年以上の脳神経外科又は整形外科の経験を有し、脊椎又は脊髄に係る専門的知識を有する医師の氏名等（1 名以上） | | |
| 医師の氏名 | 当該診療科の経験年数 | |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 3 緊急事態に対応するための体制（有 ・ 無） | | |
| 4 当該保険医療機関における、区分番号「K 9 3 0」脊髄誘発電位測定等加算及び区分番号「K 9 3 9」画像等手術支援加算の 1 年間の算定回数の合計（5 回以上） | | |
| | | 回 |

〔記載上の注意〕

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。