

様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査  
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術  
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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 常勤医師の氏名 ※ 長期継続頭蓋内脳波検査については、非常勤医師を組み合わせた場合を含む。	
常勤 換算	氏名
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

〔記載上の注意〕

- 「2」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。長期継続頭蓋内脳波検査については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている脳神経外科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術については、病院である保険医療機関のみ可能であること。