

**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 { 大腸肛門疾患 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氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

（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
 - ・ 所定の研修を修了している大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、大腸肛門疾患の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）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
 - ・ 所定の研修を修了している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
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、下部尿路機能障害の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）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。