

## 網膜再建術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 常勤の眼科の医師等の氏名（2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	経験年数 （2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名（1 名以上）			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10 例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

## 〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤の眼科の医師及び「3」の常勤の麻酔科標榜医の氏名、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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - 眼科の常勤医師
  - 麻酔科の常勤医師
  - 10 年以上の眼科の経験を有する常勤医師
  - 当該手術に熟練した医師の指導の下に、網膜再建術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の眼科（10 年以上の眼科の経験を有するものに限る。）の医師
- 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「4」及び「5」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 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。