

様式20の10

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る

届出書添付書類

| | | | |
|---|----------------|---|---------------|
| 1 届出種別 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） | | | |
| 2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | |
| | | | 科 |
| 3 過去5年間の膠芽腫の治療の実施症例数 | | | |
| | | | 例 |
| 4 脳神経外科の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 脳神経外科の 経験年数 | 膠芽腫の治療の実施症例数 | 所定の研修修 了年月 |
| | 年 | <div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div> | |
| | 年 | <div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div> | |
| | 年 | <div>例</div> うち過去5年間の経験症例数 <div>例</div> | |

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」及び「4」は、実績期間内に5例以上が必要であること。また、当該手術、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した症例一覧(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。
- 3 「4」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、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、脳神経外科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。
- 4 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。