

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

|   |      |            |               |
|---|------|------------|---------------|
| 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 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ1名以上） |      |            |               |
| 常勤医師の氏名   | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 頭蓋骨形成手術の経験症例数 |
|   |      |            | 例             |
|   |      |            | 例             |
|   |      |            | 例             |
| 3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）         |      |            | 例             |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の形態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。
  - ・常勤の形成外科の医師
  - ・常勤の脳神経外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（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 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。