

様式 87 の 7

後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
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 脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師の氏名等（1 名以上） | | | | |
| 医師の氏名 | 勤務の 態様 | 勤務時間 | 脊椎又は脊髄に係る 手術の経験症例数 | 後縦靱帯骨化症に係る 手術の経験症例数 |
| | 常勤 非常勤 | 時間 | 例 | 例 |
| | 常勤 非常勤 | 時間 | 例 | 例 |
| 3 整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | |
| | 時間 | | 年 | |
| | 時間 | | 年 | |
| 4 顕微鏡下に手術が実施できる体制（有 ・ 無） | | | | |
| 5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制（有 ・ 無） | | | | |

[記載上の注意]

- 「2」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。
- 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。