

様式 48 の 6

硬膜外自家血注入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 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を5年以上（及び当該療養の経験を1年以上）有するとともに、当該処置について術者として3例以上の経験を有する常勤の医師 |         |      |            |                  |
| 診療科名                                                                                | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の経験年数 | 当該処置の術者としての経験症例数 |
|                                                                                     |         | 時間   | 年          | 例                |
|                                                                                     |         | 時間   | 年          | 例                |
| 3 緊急手術が可能な体制                                                                        | 有 ・ 無   |      |            |                  |
| 4 当直体制の概要                                                                           |         |      |            |                  |
| 5 合併症等に備えた連携体制の構築                                                                   | 有 ・ 無   |      |            |                  |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を担当する常勤医師の勤務時間について、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）を記載すること。
- 2 「2」については、医師が経験した当該処置症例一覧（実施年月日、処置名、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、病床を有する保険医療機関のみ可能であること。
- 4 「5」について、当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、脳神経

外科又は整形外科の医師が配置されていない場合、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関と連携体制を構築していること。