

様式 54 の 2 の 2

内皮移植加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・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（当該手術を担当する科名）		
		科
3 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
4 当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）
	時間	科
	時間	科
	時間	科
	時間	科
4 当該保険医療機関における角膜移植術の実施症例数		_____ 例

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」及び「4」の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。
- 「4」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。