

小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 整形外科の診療に 5 年以上従事した経験を有し、小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了した常勤医師

| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 (時間／週) | 診療科名 | 当該診療科の 経験年数 | 研修修了の有無 |
|---------|----------------|------|----------------|--------------------------|
| | 時間 | | 年 | <input type="checkbox"/> |

- 2 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制

| |
|-------|
| 有 ・ 無 |
|-------|

- 3 入院体制

| |
|--|
| <p>以下のうち、該当するものに✓すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、入院可能である。</p> <p><input type="checkbox"/> 必要に応じて、連携する保険医療機関の病床において、入院可能である。</p> |
|--|

〔記載上の注意〕

- 1 「1」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。
- 2 「1」の研修については、研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。