

様式 49 の 4 の 2

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）又は（Ⅱ）の施設基準の届出の有無 ※ 該当するものに○を付ける。				
ア 心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ） イ 心大血管疾患リハビリテーション（Ⅱ）				
2 当該療法の経験を有し、循環器内科又は心臓血管外科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等				
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	当該療法の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例
		時間	年	例
3 関係学会が主催又は後援する所定の研修を修了した医師の氏名等				
常勤医師の氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日	
			年	月
			年	月
			年	月
			年	月
4 当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無 (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 「1」については、該当する届出項目に○を付けること。
- 「2」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」については、当該医師が経験した当該療法症例一覧を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。