

様式20の10

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る

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（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | | |
| | | | | 科 |
| 3 過去5年間の膠芽腫の治療の実施症例数 | | | | |
| | | | | 例 |
| 4 脳神経外科の常勤医師の氏名等 | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 脳神経外科の 経験年数 | 膠芽腫の治療の経験症例数 | 所定の研修 の有無 |
| | 時間 | 年 | 例 うち過去5年間の経験症例数 例 | 有・無 |
| | 時間 | 年 年 | 例 うち過去5年間の経験症例数 例 | 有・無 |
| | 時間 | 年 | 例 うち過去5年間の経験症例数 例 | 有・無 |

[記載上の注意]

- 1 「１」は、特掲施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「３」及び「４」は、実績期間内に５例以上が必要であること。また、手術、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した膠芽腫症例一覧（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。
- 3 「４」の常勤医師の勤務時間について、週あたりの所定労働時間を記載すること。また、所定の研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。